

Hevs 2 Santé-Social  
Gravelone 5  
1950 Sion

SérAPHINE Mettan  
HES 04, PT

**Images de la personne âgée en EMS**  
**Regards croisés d'animateurs-trices et d'assistantes en soins sur la**  
**vieillesse**



Directrice de mémoire : Annick Anchisi

Mémoire de fin d'études pour l'obtention  
du diplôme HES d'animatrice socioculturelle

*9 janvier 2008*

## **TABLE DES MATIERES**

<b>REMERCIEMENTS</b>	p. 1
<b>AVANT-PROPOS</b>	p. 1
<b>CHAPITRE 1 : CONTEXTE</b>	
<b>1.1. La vieillesse aujourd'hui</b>	
1.1.1. Les prévisions démographiques	p. 3
1.1.2. L'espérance de vie	p. 3
1.1.3. Les besoins en soins des personnes âgées	p. 3
1.1.4. Fragilisation liée à la vieillesse	p. 4
1.1.5. La demande en soins	p. 4
<b>1.2. La vieillesse en Valais</b>	
1.2.1. Considérations générales	p. 4
1.2.2. Politique sanitaire du canton	p. 5
1.2.3. La prise en charge de la personne âgée en Valais	p. 5
<b>1.3. Les EMS</b>	
1.3.1. Historique	p. 6
1.3.2. Mission et buts des EMS	p. 6
1.3.3. La population des EMS	p. 6
1.3.4. Raisons du placement en EMS	p. 7
<b>CHAPITRE 2 : CADRES DE REFERENCE</b>	
<b>2.1. Les rôles professionnels</b>	
2.1.1. Les animateurs socioculturels	p. 8
2.1.2. Les assistantes en soins	p. 11
<b>2.2. Les représentations sociales</b>	p. 13
<b>2.3. Les représentations sociales de la vieillesse</b>	
2.3.1. De 1950 aux années 2000	p. 14
2.3.2. Les troisième et quatrième âges : la retraite	p. 15
2.3.3. Expériences de la vieillesse et confrontation au regard des autres	p. 16
<b>2.4. Le cadre de la recherche</b>	
2.4.1. Les objectifs de départ	p. 17
2.4.2. La problématique	p. 17
2.4.3. Les hypothèses de départ	p. 17
<b>CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE</b>	
<b>3.1. Le plan de recherche</b>	p. 18
<b>3.2. L'échantillon</b>	

3.2.1.	<i>Les homes pour personnes âgées</i>	p. 18
3.2.2.	<i>Les professionnel-le-s des homes</i>	p. 19
<b>3.3.</b>	<b>Les outils de recueil de données</b>	
3.3.1.	<i>Les entretiens semi-directifs</i>	p. 19
3.3.2.	<i>Le but des entretiens</i>	p. 20
3.3.3.	<i>Le support des entretiens : les portraits</i>	p. 21
3.3.4.	<i>Le déroulement d'un entretien</i>	p. 23
3.3.5.	<i>La technique du « Photolangage »</i>	p. 24
<b>3.4.</b>	<b>La méthode de dépouillement</b>	
3.4.1.	<i>Les entretiens</i>	p. 25
3.4.2.	<i>La grille d'analyse des entretiens</i>	p. 25
<b>3.5.</b>	<b>Les limites de l'étude</b>	
3.5.1.	<i>Les limites liées à l'échantillon de portraits choisis</i>	p. 25
3.5.2.	<i>Les limites liées à l'échantillon de personnes interrogées</i>	p. 26
<b>CHAPITRE 4 : RESULTATS</b>		
<b>4.1.</b>	<b>Méthode d'analyse des entretiens</b>	p. 27
<b>4.2.</b>	<b>Les résultats</b>	
4.2.1.	<i>Les personnes interviewées</i>	p. 28
4.2.2.	<i>Réponses aux questions de l'entretien</i>	p. 28
<b>CHAPITRE 5 : DISCUSSION</b>		
<b>5.1.</b>	<b>L'importance du support visuel</b>	p. 39
<b>5.2.</b>	<b>Analyse des thèmes apparus lors des entretiens</b>	
5.2.1.	<i>Image(s) de la vieillesse</i>	p. 40
5.2.2.	<i>Le rapport au corps</i>	p. 42
5.2.3.	<i>Proximité-intimité</i>	p. 43
5.2.4.	<i>La mort en EMS</i>	p. 45
5.2.5.	<i>Les différences de relations professionnelles entre ASSC – ASC</i>	p. 46
5.2.6.	<i>Les enjeux de la relation professionnelle</i>	p. 48
5.2.7.	<i>Recommandations à l'attention des professionnel-le-s</i>	p. 49
<b>CONCLUSION</b>		
		p. 51

**BIBLIOGRAPHIE****ANNEXES**

## Résumé du travail de recherche

Grâce des images illustrant la vieillesse, utilisées comme support à nos entretiens, nous avons voulu identifier les représentations sociales liées aux personnes âgées et montrer comment ces représentations évoluaient au fil de la relation entre résident-e-s et professionnel-le-s des EMS. Nous avons pu observer que les professionnel-le-s approché-e-s pour cette étude ont dans leur globalité choisi les mêmes portraits. Nous avons donc montré que les animateurs-trices en psycho-gériatrie et les assistantes en soins formaient deux groupes homogènes. Les deux groupes se sont en effet conformés aux représentations sociales de la vieillesse, qui cantonnent la personne âgée à des rôles bien définis. Le choix des deux groupes de professionnel-le-s relève par conséquent d'un discours de "sens commun", de "l'impression générale", même si certaines animatrices ont défendu le fait d'avoir changé le regard qu'elles portaient sur les résident-e-s, en les côtoyant au quotidien.

## Mots-clés

Représentations sociales

Vieillesse

Résident-e-s des EMS

Rôles professionnels

Animateurs-trices en psycho-gériatrie

Assistants en soins

Relation professionnel-le-s / usagers-ères

Rapport au corps, proximité

Perspectives de collaboration travail social – soins

## REMERCIEMENTS

Un grand MERCI à

Ma directrice de mémoire, Annick Anchisi, qui m'a encouragée à donner le meilleur de moi-même tout au long de ce travail.

Le directeur du home où j'ai interviewé les six assistantes en soins, ainsi que l'infirmier-chef, qui se sont montrés coopératifs et disponibles pendant les entretiens au sein même de l'établissement.

Les six assistantes en soins, les cinq animatrices et l'animateur, qui ont accepté de se faire interroger sur leur pratique professionnelle.

Mon père, pour la mise en page et les photocopies gratuites.

## AVANT-PROPOS

Il m'arrive fréquemment, lorsque je prends le train ou visite des lieux inconnus, de m'arrêter quelques instants pour observer les gens qui m'entourent. Je me pose alors diverses questions sur ces personnes : « Quel est leur métier ?, ont-elles des problèmes ?, quel lien entretiennent-elles avec leur famille ?, s'aiment-elles comme elles sont ?,... ». Ces interrogations me viennent à l'esprit particulièrement lorsque j'aperçois des personnes âgées : mes grands-parents, les pensionnaires d'un home, ma voisine, ... Sans doute est-ce parce que moi-même je me demande de quoi sera faite ma vie lorsque j'aurai atteint leur âge.

De plus, le domaine de la vieillesse m'interpelle depuis quelques années déjà. Qu'est-ce que la vieillesse finalement ? J'ai l'impression que cet âge est très loin de moi et, parallèlement, je me rends compte que ces vieillards ont aussi eu 20 ans. Quelque part cela m'angoisse de penser que je leur ressemblerai un jour ; surtout vis-à-vis du regard que je porte aujourd'hui sur eux. Je ne souhaiterais pas que les futurs jeunes portent le même regard sur moi. Le regard sur mon corps, mais également la considération de la place que j'occuperai au sein de la société. Je me suis finalement demandé comment les personnes âgées se percevaient-elles ? Comment elles composaient avec un corps qui parfois ne peut plus les soutenir aussi bien qu'avant ?

En réfléchissant à ma formation d'animatrice socioculturelle et à mon stage en EMS, je suis allée plus loin dans mon questionnement pour ressortir un point qui m'interpelle : « Comment les professionnel-le-s en prise avec la vieillesse se positionnent-ils par rapport au corps des usagers-ères ? » Animatrices, médecins, aide-soignantes, ont-ils toutes et tous la même vision de la personne avec laquelle ils et elles travaillent ? Autant de questions qui me renvoient à mon propre positionnement professionnel et à mon regard sur des personnes que je ne croiserai plus dans la rue, mais avec qui je devrai construire une relation d'aide. Comment appréhenderai-je ma relation avec les personnes âgées lors d'un travail futur ?

A travers ce mémoire et ma question de départ, je souhaite donner des réponses plus précises à toutes ces questions et aborder mon rapport avec les personnes âgées afin de changer peut-être le regard que je porte sur ce que l'on appelle « le grand âge ».

*Plan du travail*

Nous avons tou-te-s des représentations de la personne âgée, plus ou moins influencées par les représentations sociales de la vieillesse. Ce postulat est le point de départ de notre étude.

Pour débiter cette recherche, nous nous pencherons sur la situation sociale et sanitaire des personnes âgées aujourd'hui dans notre pays. Nous analyserons ainsi les facteurs qui permettent de déterminer la nature de la demande en soins de ces personnes, pour arriver à ce constat : les demandes en soins se diversifient de plus en plus. « Comment concrètement, la Suisse, et plus particulièrement le Valais répond-il à cette demande ? », ce qui revient à se poser la question suivante : « Quelle(s) prise(s) en charge pour quel(s) problème(s) lié(s) au vieillissement ? » Puis, nous nous attarderons sur l'une des structures d'accueil des personnes âgées mises en place par le canton : les établissements médico-sociaux (EMS). Nous vous ferons part de la mission et des buts de cette structure, fixés par l'Etat du Valais. Ce point nous entraînera à parler des professionnel-le-s, plus spécifiquement des animateurs-trices et des soignant-e-s, qui œuvrent en EMS et des rôles qu'ils-elles sont amené-e-s à jouer dans leur travail.

Dans le chapitre 2, nous reviendrons sur notre idée de départ concernant les représentations sociales : si tout individu se fait une image de la vieillesse, alors les animateurs-trices et les assistant-e-s en soins également. Nous définirons le concept des « représentations sociales » d'une manière globale, comme construction sociale de notre pensée. Puis, nous parlerons des représentations de la vieillesse à travers des exemples et des citations d'auteurs. Nous aboutirons alors sur l'interrogation suivante : « En quoi les représentations que se font les professionnel-le-s des homes sont-elles modifiées par l'activité professionnelle avec les personnes âgées ? » C'est là la problématique qui se trouve au cœur de notre enquête. Cette problématique sera expliquée dans le chapitre 3, qui traite de l'aspect méthodologique de notre recherche. Elle sera accompagnée d'explications sur la méthode et le support d'entretien utilisés, l'échantillon de personnes interrogées ainsi que des hypothèses et objectifs de ladite recherche.

Dans le chapitre suivant, nous exposerons les résultats des divers entretiens que nous avons eus avec les professionnel-le-s cité-e-s dans le point sur l'échantillon des professionnel-le-s interviewé-e-s. Ces résultats seront exposés question par question et séparés selon la profession. A la fin de chaque question, un résumé reprendra les différences principales entre assistantes et animateurs-trices et soulignera les éléments marquants.

Enfin, dans le chapitre 5, nous reprendrons les thèmes prépondérants de ces résultats pour en faire une analyse plus poussée et ressortir des éléments qui vont nous permettre de vérifier nos hypothèses de départ et de répondre à nos interrogations initiales.

Nous aboutirons à la conclusion, dans laquelle nous nous attacherons à donner des réponses aux questions qui n'en auraient pas encore. Nous vérifierons nos hypothèses de départ, ainsi que nos objectifs. Nous ferons enfin un bilan final de cette recherche pour éventuellement ouvrir le débat sur d'autres interrogations liées aux représentations de la vieillesse et à la relation de travail avec la personne âgée.

## CHAPITRE 1 : CONTEXTE

### 1.1 La vieillesse aujourd'hui

#### 1.1.1. Prévisions démographiques

L'analyse de la situation des personnes âgées en Suisse effectuée depuis une dizaine d'années montre que l'allongement de la vie et le vieillissement de la population sont des phénomènes qu'il s'agit de prendre en compte dans le domaine des soins de la personne âgée. C'est en effet un processus qui a pris de l'ampleur au cours de ces dernières années, notamment à cause de la génération des baby-boomers, qui atteignent actuellement l'âge de la retraite<sup>1</sup>. Selon les calculs démographiques, les plus de 65 ans sont passés de 6% dans les années 1920 à 16% aujourd'hui. Ils atteindront 25 à 30% de la population en 2030.

#### 1.1.2. L'espérance de vie

L'espérance de vie sans incapacité (*nombre d'années que la population peut s'attendre à vivre en moyenne sans maladie et de façon autonome pour gérer les tâches quotidiennes*<sup>2</sup>) a augmenté plus rapidement que l'espérance de vie à la naissance. On peut expliquer cela par l'amélioration en 20 ans non seulement de la santé physique (conditions de vie plus favorables, progrès de la médecine, etc...), mais également de la santé psychique. Les autres facteurs influençant l'état de santé des personnes de 65 ans et plus étant : l'âge, le sexe, l'origine sociale et culturelle, entre autres. Par ailleurs, 20% des personnes de plus de 85 ans vivent en institution.

Or, un des facteurs permettant d'évaluer l'état de santé d'une personne âgée reste sa capacité à accomplir des actes de la vie quotidienne (*abrégiés AVQ*), tels que se laver ou manger. Ceci nous amène à prendre en compte une autre notion qui influence l'état de santé de la personne de 65 ans et plus, mais également la nature de sa demande en soins : la dépendance.

#### 1.1.3. Les besoins en soins des personnes âgées<sup>3</sup>

Les études statistiques et empiriques ont démontré que la population suisse vit non seulement plus longtemps, mais qu'elle reste aussi plus longtemps sans incapacité que les générations précédentes. Cet élément influe sur l'évolution de la demande en soins, qui augmentera certainement plus lentement que ce que supposent les prévisions démographiques (*voir pt 1.1.1*). Actuellement, environ 10% des personnes de 65 ans et plus sont dépendantes de soins<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> HOPFLINGER, F. HUGENTOBLE, V. *Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse, prévisions et scénarios pour le 21<sup>e</sup> siècle*. Observatoire suisse de la santé. Berne : Hans Huber Verlag. 2003.

<sup>2</sup> Ibid. HOPFLINGER, F. HUGENTOBLE, V.

<sup>3</sup> Par « dépendance », nous entendons ici la dépendance en soins des personnes âgées.

<sup>4</sup> HOPFLINGER, F. HUGENTOBLE, V. *Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse, prévisions et scénarios pour le 21<sup>e</sup> siècle*. Observatoire suisse de la santé. Berne : Hans Huber Verlag. 2003.

Toutefois, malgré l'amélioration générale de la santé des personnes âgées, l'augmentation importante de leur nombre va inexorablement entraîner un accroissement de la demande en soins. Il va par conséquent y avoir un risque plus important de dépendance en soins chez ses personnes vivant plus longtemps sans incapacité.

Une position médiane soutient que la proximité du décès « coûte » davantage que l'âge chronologique. On peut donc dire qu'il existe un grand nombre de personnes vivant sans incapacité et nécessitant tardivement des soins sur une courte période, alors qu'un nombre plus restreint requiert des soins de longue durée.

#### 1.1.4. Fragilisation liée à la vieillesse

L'allongement général de l'espérance de vie s'accompagne d'une diversification des situations individuelles. Les "jeunes vieux" ou les "vieux vieux" n'ont en effet pas les mêmes besoins, ni les mêmes attentes. Les processus de maladie et de guérison évoluent également de manière différente selon l'avancement en âge de la personne âgée. Nous attacherons ici le terme de fragilisation à la grande vieillesse, fragilisation qui n'apparaît pas à un âge fixe, mais qui dépend d'un état de santé personnelle. Cette période de fragilité<sup>5</sup> se situerait entre celle de l'indépendance et celle de l'incapacité fonctionnelle (*incapacité à pratiquer des actes de la vie courante, voir plus haut*).

#### 1.1.5. La demande en soins

Tous les éléments exposés dans les points précédents induisent une augmentation et une complexification de la demande en soins. Cette demande peut être séparée en deux parties: les soins nécessaires et prodigués juste avant le décès de la personne et les soins prodigués sur une longue période. Il existe par conséquent plusieurs types de prise en charge des personnes âgées, selon leur degré d'indépendance, leur atteinte dans leur santé physique et psychique, etc...

Avant de passer en revue les différents types de prise en charge existant actuellement, intéressons-nous plus spécifiquement à la situation du canton du Valais, puisque c'est dans ce canton que notre enquête a lieu.

### 1.2. La vieillesse en Valais

#### 1.2.1. Considérations générales

La structure de la population du canton du Valais s'est modifiée en 30 ans et se caractérise par une diminution des jeunes, un vieillissement de la population et une augmentation des personnes âgées. Si celles-ci sont aujourd'hui au nombre de 42'750 en Valais, sur une population totale de 285'000 habitants<sup>6</sup>, elles seront 71'250 en 2030.

<sup>5</sup> La définition opérationnelle de la fragilité comprend cinq dimensions de la santé, qui sont : la mobilité, les capacités sensorielles, l'énergie, la mémoire et les troubles physiques. La fragilité est comprise ici comme pouvant entraîner cette incapacité fonctionnelle. Référence : GUILLEY, E. [et al.]. *Vers une définition opérationnelle de la fragilité*, in *Revue Médicale Suisse*, 541, Adresse URL : [titane.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=23377top](http://titane.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=23377top) (Page consultée le 6 décembre 2007)

<sup>6</sup> *Population résidente permanente par canton au 31.12.03*. Office fédéral de la statistique. [En ligne] Adresse URL : [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch). (Page consultée le 2 novembre 2007)



### 1.2.2. Politique sanitaire du canton

Dans la Constitution suisse, il est prévu qu'en matière de soins, la Confédération et les cantons s'engagent à ce que chaque personne reçoive les soins nécessaires à sa santé (art. 41, al. 1, let. B, Constitution). Cette politique est du ressort des pouvoirs publics. Actuellement, elle doit répondre à des problèmes tels que les conséquences du vieillissement de la population dans la prise en charge des bénéficiaires de soins, le développement des maladies chroniques et des handicaps, ou encore le développement des techniques et des centres d'accueil ambulatoires.

La planification sanitaire valaisanne est placée sous le modèle du « réseau »<sup>7</sup>. Ce réseau permet une coordination des différents prestataires et institutions de soins, dans le but de garantir une prise en charge adaptée au patient. En Valais, le RSV (Réseau Santé Valais) a été créé en 2002. Son rôle est d'assurer la planification sanitaire du canton et de coordonner les centres hospitaliers et médico-sociaux dans les trois régions valaisannes (Haut-Valais, Valais central et Chablais). Quant à l'activité médico-sociale valaisanne, elle s'est développée depuis 1993, par le biais de nouvelles formes de prise en charge, qui permettent de diminuer le nombre de lits en soins aigus : les CMS (centres médico-sociaux) ont alors été créés dans le but d'offrir une prise en charge à domicile ainsi qu'un accueil temporaire.

### 1.2.3. La prise en charge de la personne âgée en Valais

Les objectifs du canton dans la politique de prise en charge de la personne âgée sont<sup>8</sup> : le maintien de l'autonomie, les soins et l'assistance à domicile, ainsi que la prise en charge en institution. Les prestataires de soins chargés de répondre à ces trois principes sont nombreux. Parmi eux : les associations (Pro Senectute, Mouvement des Anciens, etc...), la gériatrie en centre hospitalier, les CMS (Centres Médico-Sociaux), les structures intermédiaires, les EMS (Etablissements Médico-Sociaux), etc...

Nous ne nous attarderons pas sur les CMS, ni sur les structures d'accueil intermédiaires, bien que ces établissements fassent partie intégrante des prestataires de soins pour la personne âgée, afin de nous pencher sur la situation et la mission des EMS valaisans.

## 1.3. Les EMS

---

<sup>7</sup> La définition du terme « réseau » se trouve dans le *Rapport du Conseil d'Etat au Grand Conseil sur sa politique sanitaire et hospitalière : des années 90 vers le 21<sup>e</sup> siècle*. Dépt de la santé, des affaires sociales et de l'énergie de l'Etat du Valais, 1999.

<sup>8</sup> Dépt de la santé, des affaires sociales et de l'énergie. *La prise en charge des personnes âgées, coordination et complémentarité des fournisseurs de prestations*. [En ligne] Adresse URL : [http :www.vs.ch](http://www.vs.ch) Etat du Valais, 2001. (Page consultée le 3 novembre 2007)

### 1.3.1. Historique

Les institutions en charge du grand âge se développent aux 17<sup>e</sup> et 18<sup>e</sup> siècles en Europe. Se créent à cette époque des institutions hébergeant des vieillards. Le devoir moral d'assistance (charité) fait petit à petit place à un droit social reconnu<sup>9</sup>. En Valais, au 19<sup>e</sup> siècle, les hospices pour vieillards ou malades n'accueillent des pensionnaires que pour une durée limitée et ne comprennent pas forcément de structure médicale. En 1900, ce sont les premiers établissements sociaux-médicaux qui voient le jour. Quant aux homes spécialisés pour vieillards, ils apparaissent en 1946, après l'adoption par le peuple suisse de la loi sur l'assurance vieillesse<sup>10</sup>. Depuis 1998, les foyers valaisans ont fait place aux EMS.

### 1.3.2. Mission et buts des EMS

La mission des EMS est d'offrir des prestations de soins, de thérapie et de surveillance médicale dans le cadre de la prise en charge stationnaire des personnes âgées<sup>11</sup>. Le but de la politique sanitaire valaisanne pour les EMS est de maintenir les personnes âgées le plus près possible de leur ancien lieu d'habitation. Aucun établissement n'est donc spécialisé, puisque la proximité géographique prime sur la prise en charge orientée. Le développement d'un savoir-faire gériatrique, la collaboration avec les services et structures de maintien à domicile, les exigences de qualité de la LaMal (Loi sur les assurances maladie) et la nécessité de fournir des données statistiques constituent le mandat des EMS.

### 1.3.3. La population des EMS

Actuellement et en raison de tous les changements socio-démographiques cités précédemment, l'âge d'entrée des pensionnaires en EMS a tendance à s'élever. Par ailleurs, de plus en plus de personnes présentant des troubles psychiques (tels que des démences) sont accueillies dans les quarante et un EMS cantonaux.<sup>12</sup> En 2005, l'âge moyen d'admission était de 83,3 ans, pour 71% de femmes et 29% d'hommes. On constate également une augmentation du degré de dépendance chez les pensionnaires.

Ainsi, de 2002 à 2005, les entrées des personnes âgées en EMS à partir du domicile ont diminué au profit de celles venant des hôpitaux de soins chroniques et d'autres types d'admission.

De plus, il est important de relever que 25% de la population des EMS se renouvelle chaque année pour cause de décès. Nous aborderons cette problématique dans la suite de ce travail. En somme, les résident-e-s y entrent

<sup>9</sup> BOIS, J-P. *Histoire de la vieillesse*. Paris : Presses universitaires de France. Coll. Que sais-je ? 1994.

<sup>10</sup> BURNIER, M-F. BARRAS, V. *De l'Hospice au réseau santé, santé publique et systèmes hospitaliers valaisans, 19<sup>e</sup>-20<sup>e</sup> siècles*. Sierre : Monographic. 2004.

<sup>11</sup> *Concept valaisan des établissements médico-sociaux et des autres institutions pour personnes âgées*. Dépt de la santé, des affaires sociales et de l'énergie du canton du Valais. 1999.

<sup>12</sup> *Etablissements médico-sociaux pour personnes âgées, statistiques 1998-2002*, Dépt de la santé, des affaires sociales et de l'énergie du canton du Valais, Sion, 2003.

toujours plus âgé-e-s, plus atteint-e-s dans leur santé physique et mentale et y vivent de moins en moins longtemps.

#### 1.3.4. *Raisons du placement en EMS*

Les problèmes qui affectent la santé des personnes âgées sont multiples et parfois difficiles à cerner. L'état de santé fonctionnelle (par opposition à l' « incapacité fonctionnelle », voir *explications plus haut*) influence fortement l'entrée ou non en EMS. Hormis les pathologies liées à l'âge, un problème qui s'ajoute à la situation des personnes âgées à domicile est l'isolement. En effet, avec l'avancée en âge, le réseau relationnel et familial se réduit et le nombre de personnes âgées isolées augmente. L'état de santé général, la surdité, par exemple, ou encore la démence, peuvent également conduire à un isolement. De plus, le fait de vivre dans un logement mal adapté limite la mobilité d'une personne âgée et peut entraîner des chutes et des accidents domestiques. Ce genre de risques peut ainsi également être la cause d'une entrée en EMS. En résumé, toutes les atteintes à la santé, les conditions de vie qui se précarisent et le réseau social et familial qui s'amenuise sont autant d'éléments provoquant l'entrée en institution.

C'est cette population des EMS que nous allons approcher dans ce travail, en nous demandant comment elle est prise en charge concrètement à l'intérieur même de ces établissements. A travers le regard des professionnel-le-s des homes, nous souhaitons découvrir comment ces hommes et ces femmes âgé-e-s sont perçu-e-s et entouré-e-s. Pour ce faire, nous nous sommes penchée sur la relation qu'entretiennent ces professionnel-le-s avec les résident-e-s, et plus particulièrement celle entretenue par des assistantes en soins et des animateurs-trices.

Mais avant d'y parvenir, il convient tout d'abord d'apporter quelques éclaircissements sur le rôle de ces professionnel-le-s. Nous allons pour ce faire exposer les fonctions et missions rattachées à ces deux professions.

## CHAPITRE 2 : CADRES DE REFERENCE

### 2.1. Les rôles professionnels

#### 2.1.1. Les animateurs socioculturels (ASC)

Le terme « animation socioculturelle » est apparu à la fin des années 50, lorsque les loisirs ont commencé à compter, alors que les parents voulaient faire du temps libre de leurs enfants des moments d'apprentissage. Les premiers animateurs ont longtemps été considérés comme les chefs et cheftaines scouts qui avaient réussi à créer des activités de loisirs "intelligentes", permettant aux jeunes de développer leurs capacités, d'apprendre les règles de la vie en groupe, etc... On a également associé l'animation au dévouement des curés et de la paroisse, qui proposaient et proposent encore, des camps de vacances pour les jeunes chrétiens du village.

Toutefois, le métier d'animateur socioculturel a vraiment été reconnu comme tel en Suisse, en 1967, lorsque la première "volée" d'étudiants en animation est entrée dans les écoles sociales<sup>13</sup>. Depuis, les actions socioculturelles ne cessent de prendre de l'importance, autant auprès des personnes âgées (par exemple la collaboration entre Pro Senectute et des animateurs sc.), qu'avec des jeunes en rupture sociale.

Les fonctions de l'animation socioculturelle sont les suivantes<sup>14</sup> :

1. Education : développer les compétences d'un groupe ou d'un individu et favoriser l'apprentissage de la vie en commun
2. Intégration : faire connaître et reconnaître l'histoire, le quotidien, les valeurs de groupes minoritaires ou minorisés
3. Prévention : encourager les attitudes et les expressions non-violentes
4. Thérapie, réhabilitation
5. Accompagnement : aider un individu ou un groupe à réaliser des envies
6. Encadrement : garantir la permanence d'un espace, faire respecter les règles de la vie en commun
7. Animation : proposer des activités ludiques, de loisirs ou de création
8. Médiation : permettre l'échange, la confrontation, le débat
9. Organisation, administration, gestion

---

<sup>13</sup> Cours de Gabriel Bender sur *Les origines de l'animation socioculturelle*, dans le cadre du Module *Histoire et organisations du travail social*, avril 2006, Hevs2 Santé-Social.

<sup>14</sup> Idem

Pour nous, l'animation socioculturelle est un vaste champ de connaissances et de compétences réunies afin de permettre à des individus, quels que soient leur âge et leur origine, de se sentir valorisés à travers l'élaboration de projets, de développer leurs propres compétences et d'évoluer en occupant la place qu'ils méritent dans la société. Cependant, les éclaircissements apportés ci-dessus ne concernent pas l'animation comme on l'entend actuellement dans les maisons de retraite, mais plutôt l'animation dans son sens général. C'est pourquoi, il s'agit maintenant de donner une explication sur ce qu'est l'animation en EMS, en commençant par le chemin qu'elle a parcouru jusqu'à aujourd'hui.

### *Histoire de l'animation*

Dans les années 1960, l'animation en maison de retraite n'est que de "l'occupationnel". C'est une « pratique inscrite dans le cadre (du) travail thérapeutique (effectué par les soignant-e-s) »<sup>15</sup>. Deux types d'activités prédominent: les activités manuelles et les activités récréatives ou culturelles. A la fin des années soixante, l'ergothérapie fait son apparition, comme moyen de réadaptation d'une personne grâce à l'apprentissage de travaux manuels. Vers 1970, l'animation se rapproche du sens qu'on lui donne actuellement. Les hospices, qui recueillaient non seulement les vieillards, mais aussi les malades mentaux, se transforment en maisons de retraite. L'objectif de l'animation est de « réintégrer les personnes âgées dans la société en tant que membres actifs et collaborateurs »<sup>16</sup>.

Dès 1980, la dimension individuelle apparaît, complétant ainsi la dimension collective. L'essentiel est de se centrer sur les besoins et les désirs de la personne âgée. En 1990, il ne s'agit plus de « donner un souffle à la vie dans l'institution, ou à occuper le résident, mais bien à définir à la fois un état d'esprit, un mode d'organisation interpersonnels, et à stimuler les plaisirs des résidents à la fois dans un but humaniste et pour des finalités économes où la prévention permettrait de conserver le résident dans un maximum d'autonomie ».<sup>17</sup>

Dans les années 2000 enfin, la prise en charge de la personne âgée dans sa globalité devient centrale : le terme « soins » garde sa signification médicale, mais on lui rajoute la dimension sociale. Il est ainsi important de soigner la personne malade ou faible, mais aussi de lui permettre de se sentir bien dans le milieu où elle se trouve. L'objectif de l'animation est alors de « maintenir la personne âgée dans sa réalité relationnelle et sociale quotidienne en lui donnant les outils d'une représentation positive de soi »<sup>18</sup>.

### *L'animation en maison de retraite*<sup>19</sup>

<sup>15</sup> VERCAUTEREN, R. BARRANGER, A. VERCAUTEREN, M.-C. *Animer une maison de retraite*. Ramonville Saint-Agne : Ed. érès. Coll. Pratiques du champ social. 1995. pp. 20-36

<sup>16</sup> Ibid. p. 25

<sup>17</sup> Ibid. p. 29

<sup>18</sup> VERCAUTEREN, R. HERVY, B. *L'animation dans les établissements pour personnes âgées. Manuel des pratiques professionnelles*. Ramonville Saint-Agne : Ed. érès. Coll. Pratiques gériatriques. 2002. pp.15-30

<sup>19</sup> Toutes les citations de ce point sont tirées de l'ouvrage référencé à la note n° 17, pp. 20-40

Les auteurs d'un ouvrage sur l'animation en maison de retraite, datant de 2002, ont constaté qu'il existait une autre dimension du besoin tel qu'il a été décrit par Maslow dans sa pyramide des besoins. Selon ce dernier, il existe cinq types de besoins sur cinq niveaux différents. Les besoins physiologiques (se nourrir, dormir, se laver, ...) de sécurité (être logé, ...), d'appartenance, de reconnaissance et de réalisation de soi. Ce sont des familles de besoins qui dépendent l'une de l'autre. En effet, un type de besoins ne peut être satisfait que si le niveau inférieur a été comblé. Cette autre dimension du besoin, abordé par Vercauteren, ne serait pas seulement biologique, mais relèverait de la nature psychosociale de l'individu. Et c'est pour y répondre que l'animation serait utile et nécessaire. « L'animation introduit un changement en offrant aux résidents la possibilité d'être le centre de pratiques pour lesquelles la relation comme la prévention sont prioritaires. »

Autrefois, l'animation ne demandait pas de formation spéciale car elle relevait du passe-temps plutôt que d'une réelle démarche de réflexion. Aujourd'hui, elle relève des fonctions spécifiques de quelques professionnel-le-s seulement et elle nécessite donc une formation particulière. Avant 1995, tout le personnel pouvait ainsi avoir un rôle d'animateur. « L'animation (était) une affaire d'équipe, chacun (devait) contribuer à donner une âme et de la vie à la structure. »

Nous pouvons par conséquent affirmer qu'aujourd'hui, les professionnel-le-s formé-e-s qui s'occupent de l'animation dans un home, se sont concertés et se concertent régulièrement pour répondre au mieux aux attentes de chaque résident. Les objectifs qu'ils fixent sont aussi divers que maintenir l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne, accomplir des rôles sociaux, retrouver ses racines et renforcer son identité, ou encore lutter contre l'isolement et le repli sur soi.

En entrant en EMS, les personnes âgées peuvent voir les rôles qu'elles avaient joués jusqu'alors perdre leur signification. Le but de l'animation est justement de faire en sorte que ces rôles soient remplacés ou maintenus, tout au long de leur séjour en maison de retraite. Le-la résident-e pourra ainsi se créer un nouveau rôle, ré-exercer un rôle traditionnel ou encore réactiver des parties de rôle (pratique du sport, cuisine, etc...)

Ce qui est particulier aux EMS, comparativement au travail de l'animateur dans les centres de loisirs ou en maisons de quartier, c'est la construction du projet de vie : celui-ci se fait sur trois niveaux. Il y a tout d'abord le projet institutionnel (ce que l'institution met en place pour que les deux niveaux suivants soient réalisés). Ensuite vient le moment de se centrer sur la personne âgée et de partir de ses attentes et désirs. Enfin c'est la réalisation du projet, qui ne peut être efficace que s'il a un sens pour la personne. Ce que nous retiendrons ici, c'est que, quelle que soit le lieu où elle est pratiquée, « l'animation ne se justifie pas par elle-même et chaque intervention a des intentions et des finalités précises. »<sup>20</sup>

### 2.1.2. Les assistantes en soins (ASSC)

---

<sup>20</sup>Ibid. note n°17, p. 185.

«Les assistantes en soins et santé communautaire (ASSC) accompagnent et suppléent de manière autonome et responsable des clientes et des clients dans les activités de la vie quotidienne. Ouvrant au sein d'équipes pluridisciplinaires dans des institutions de la santé et du social, elles assurent des soins et des prestations de qualité, prestations relevant des domaines tant administratif que logistique et, sur délégation, médico-technique». (art. 2 de l'Ordonnance de formation CDS/CRS, 2002).<sup>21</sup>

### *La théorie de Virginia Henderson*

La conception des soins et le rôle professionnel de l'assistante en soins et santé communautaire se fonde sur la théorie des soins de Virginia Henderson<sup>22</sup>, une infirmière née en 1896, ayant acquis de l'expérience dans le domaine de la réadaptation, pour lequel elle a d'ailleurs obtenu une maîtrise universitaire.

Les postulats à la base du modèle d'Henderson sont au nombre de trois :

3. Toute personne tend et désire son indépendance.
4. La personne est un tout avec quatorze besoins fondamentaux.
5. Un besoin qui demeure insatisfait affecte la personne dans son intégrité et fait d'elle un être humain moins complet.

Dans sa conception, la personne est perçue comme un être bio-psycho-social qui utilise, dans sa phase de croissance et de développement, des moyens ou des manières de vivre qui lui sont propres pour satisfaire ses besoins. Ces besoins ont la même importance et sont reliés entre eux. Virginia Henderson élabore son modèle de soins en 1955. Dans ce dernier, elle affirme que : « l'observation continue et l'interprétation des maladies confrontées à la façon dont le malade envisage l'aide qui lui est nécessaire et l'action qui en découle sont garantes de la meilleure efficacité des soins »<sup>23</sup>. Elle défendra toujours cette observation directe qu'elle recommande fine et minutieuse, issue du dialogue.

Le processus de construction de pensée qu'elle utilise pour identifier l'aide à apporter part de la capacité à distinguer, à partir de l'état de la personne soignée, le(s) besoin(s) qui ne sont pas comblés et l'aide appropriée. Cette théorie, à travers ses conceptions de l'Etre humain, de la Santé et des Soins, s'inscrit parfaitement dans le courant existentiel des années 1950-1960. Cela dit, encore à ce jour, ce modèle trouve sa place dans les démarches de soins de différentes institutions de notre canton et au-delà. En effet, de nombreuses traductions ont permis de la diffuser et de l'appréhender, afin de favoriser l'application de ses concepts.

### *Le rôle de l'assistante en soins*

Le rôle de l'assistante en soins communautaires est<sup>24</sup>:

<sup>21</sup> Informations tirées du site internet de l'école des soins infirmiers de Morges. ESM, Ecole de Soins Morges. *L'ESM offre une formation* [En ligne] Adresse URL : [http :www.esim.ch](http://www.esim.ch) (Page consultée le 25 septembre 2007)

<sup>22</sup> La théorie de V. Henderson est généralement affiliée au domaine des infirmières, mais elle a été reprise par le centre de formation des assistantes en soins communautaires (esim), cité ci-dessus.

<sup>23</sup> Henderson, V. *La nature des soins infirmiers : Présentation des textes Chronologie biographique*. Notes explicatives par Collière, M. F. InterEditions, Paris, 1994.

<sup>24</sup> Informations tirées du site internet de l'école professionnels de soins communautaires de Châteauneuf.

- d'accompagner et/ou de suppléer le client dans les activités de la vie quotidienne
- de participer à l'accompagnement : situation de crises et fin de vie
- de collaborer dans le domaine des soins médico-techniques

Son champ professionnel se situe dans des lieux de pratique diversifiés : institutions sanitaires (hôpitaux), institutions médico-sociales (EMS), institutions médico-éducatives ou socio-éducatives (foyers d'accueil, foyers pour handicapés). C'est une activité qui touche des personnes aux divers âges de la vie : de l'enfant à la personne âgée, de la naissance à la mort. L'ASSC travaille sous la responsabilité et en étroite collaboration avec l'infirmière diplômée selon le cahier des charges de l'institution. Elle dispense, sur délégation, des actes médico-techniques dans les situations stables, qui ne présentent aucun caractère d'urgence. Ses activités et fonctions peuvent varier selon le lieu et le secteur d'activités.

Après avoir lu un ouvrage et divers articles sur le sujet<sup>25</sup>, nous constatons que ce métier n'est pas toujours apprécié à sa juste valeur. En effet, qu'elle travaille en EMS ou dans le domaine de la petite enfance, l'assistante en soins reste l'aide de quelqu'un, qui est généralement plus qualifié qu'elle. Elle a une grande part de responsabilités puisque c'est elle qui s'occupe des usagers-ères durant la majeure partie de la journée, mais elle est moins rémunérée qu'une infirmière par exemple, qui certes gère une équipe de travail, mais qui a moins de contacts avec les personnes âgées.

Nous l'avons soulevé précédemment, ces professionne-le-s doivent compter avec tous les problèmes rencontrés par les personnes âgées des EMS. Mais comment envisagent-ils-elles la relation d'aide ou de soins avec elles, comment voient-ils-elles les résidant-e-s ? En somme, quelles représentations se font-ils-elles de leur travail et de "leurs patients"? Nous avons tous des représentations de ce qu'est la vieillesse, tous une image de la personne âgée, qu'elle soit en EMS ou non. Ce postulat se vérifie dans toutes les sociétés occidentales dès qu'un individu a atteint l'âge de raisonner et de penser par soi-même<sup>26</sup>. Ainsi, lorsque nous rencontrons des objets ou des personnes que nous ne connaissons à priori pas, nous les confrontons à l'idée que notre entourage s'en fait, opération qui permet de les situer dans leur contexte. Ce faisant, nous nous en construisons une représentation, qui deviendra une représentation sociale si elle est confirmée par "le plus grand nombre".

Voici ce que des auteurs ont mis en avant à ce sujet :

## 2.2. Les représentations sociales<sup>27</sup>

Selon Moscovici, « les représentations sociales recouvrent l'ensemble des croyances, des connaissances et des opinions qui sont produites et partagées par les individus d'un même groupe, à l'égard d'un objet social donné ».

---

EPSC, Ecole Service Soins Communautaires. *Nous contacter*. [En ligne] Adresse URL : <http://www.epscvs.ch/>. (Page consultée le 25 septembre 2007)

<sup>25</sup> DELOMEL, M-A. *La toilette dévoilée. Analyse d'une réalité et perspectives soignantes*. Paris : Ed. Seli Arslan, 1999  
HUMMEL, C. Qu'en faut-il faire, Réflexions sur la construction sociale des troisième et quatrième âge. In : Carnets de bord N°3. Genève, 2002. Pp 68-77.

<sup>26</sup> Cours de Sophie L. sur *Le développement cognitif de l'enfant selon Piaget* dans le cadre du Module Psychologie et développement de l'enfant. Hevs2, avril 2002.

<sup>27</sup> Toutes les citations ci-après sont tirées de l'ouvrage suivant : GUIMELLI, C. *La pensée sociale*. Ed PUF. 1999. Coll. Que Sais-je ?, pp. 63-79



Elles trouvent leur origine chez Durkheim, qui souligne en 1898 l'importance de la pensée sociale. Plus tard, en 1961, Moscovici reformule ce concept et le place dans un cadre théorique structuré. La fonction première des représentations sociales est d'interpréter la réalité qui nous entoure en entretenant avec elle des rapports de symbolisation et en lui attribuant des significations ; ce qui reviendrait en quelque sorte à faire un « remodelage mental de l'objet ».

Notre volonté de maîtriser l'environnement répond à une double exigence, selon Guillemi. La première est celle « d'asseoir les constructions collectivement élaborées sur des fondations stables. » La deuxième consiste pour l'individu à « accroître son emprise sur l'environnement », notamment dans les domaines qui l'intéressent. D'après lui, « quatre opérations cognitives (...) constituent la base de la pensée naturelle axée sur la communication » et favorisent ce classement. Notre fonctionnement cognitif se caractériserait tout d'abord par un *formalisme spontané*. Ce formalisme concerne tout ce qui englobe les stéréotypes culturels et linguistiques, les clichés, etc... Autrement dit, on peut utiliser des termes complexes et abstraits comme « insertion sociale » ou « conditions de vie » avec une personne en étant sûr d'être compris, seulement si elle appartient à la même culture que nous. De ce fait, pour rendre visibles ces expressions complètes, nous les intégrons dans des formules courantes connues de tous et donc facilement compréhensibles.

D'autres caractéristiques ou principes peuvent être directement rattachés à la pensée sociale, comme celui de la *catégorisation*, qui consiste à faciliter l'identification des objets qui nous entourent en les mettant par groupes selon leurs ressemblances ou différences. Le fait de catégoriser nous permet ainsi de simplifier la réalité, tout comme d'attribuer des caractères spécifiques à une catégorie donnée.

Selon Moscovici toujours, plusieurs principes entrent en ligne de compte lorsque l'on est enclin à ordonner le réel. Parmi eux le principe de *répétition*, qui consiste dans la « reconduction préférentielle de modèles familiers ».

Un autre principe, celui de la *confirmation sélective* met en avant la valorisation de tout ce qui répond aux attentes et aux croyances d'un groupe. Le *principe d'exemplification* utilise lui, comme son nom l'indique des exemples comme moyen de preuve nécessaire. « Le cas unique, mais qui va dans le sens attendu, suffit pour emporter l'adhésion des uns et des autres », surtout si la personne qui formule un exemple appartient au même groupe que nous. Ces trois principes organisateurs sont les ressources cognitives qui interviennent constamment dans la pensée sociale.

En fait, « l'activité mentale qui est à l'origine des représentations sociales permet à un ensemble social de s'approprier la réalité à partir d'un travail de construction destinée à la rendre signifiante, (...) en l'intégrant dans un système de valeurs particulier ». Ainsi, le même objet sera construit et analysé différemment selon qu'il le sera par un groupe ou un autre.

Suite à la lecture de l'ouvrage sur « La pensée sociale » de Guillemi, nous nous sommes aperçu que, quel que soit le groupe que nous côtoyons ou l'endroit où nous nous trouvons, nous sommes sans cesse amenés, par la fonction même de notre pensée, à classer la réalité, à ordonner ce qui nous entoure. Et pour ce faire, nous nous

rapportons soit au sens commun, à ce que notre culture ou notre groupe considère comme juste, soit à nos propres attentes, à nos perceptions passées de l'objet que l'on observe. Nous le comparons à d'autres, qui lui ressemblent, nous l'insérons dans une catégorie, etc... Ainsi, lorsque nous émettons des réflexions sur la vieillesse et ses enjeux, nous "ordonnons" les personnes âgées, nous les regroupons en catégories ou leur attribuons des caractéristiques qu'elles n'ont peut-être pas. C'est ce que Moscovici appelle l'ancrage, autrement dit « l'enracinement de la représentation dans le système de pensées pré-existant ».

En somme, notre pensée (sociale) d'individus sociaux produit des représentations de la vieillesse grâce à une multitude de processus, qui s'activent automatiquement en nous lorsque nous apercevons une personne âgée.

## **2.3. Les représentations sociales de la vieillesse**

### *2.3.1. De 1950 aux années 2000*

La recherche sur les stéréotypes et les attitudes liées aux personnes âgées a débuté dans les années 1950. En 1952, Tuckman et Lorge affirment que ces stéréotypes sont « généralement négatifs et partagés par tous les groupes d'âge »<sup>28</sup>. En 1981, Lutsky montre que les attitudes envers les personnes âgées sont plus différenciées qu'on ne le pensait. A partir de cette année apparaissent grâce aux analyses statistiques sophistiquées différents sous-types associés à la vieillesse, tels que : la grand-mère, le vieil homme d'Etat ou encore le citoyen âgé.

Une récente étude de Cornélia Hummel relève trois images distinctes de la vieillesse : la vieillesse ingrate (connotation négative), la vieillesse épanouie et celle de la grand-mère, plus spécifique. « Si la vieillesse ingrate fait bien l'objet d'une représentation sociale partagée, la vieillesse épanouie n'est encore rencontrée que dans certains milieux. »<sup>29</sup> Cette image de la vieillesse ingrate n'est toutefois pas partagée par les principales intéressées, les personnes âgées elles-mêmes. Celles-ci ne se considèrent en effet jamais comme des vieilles personnes, mais attribuent plutôt cette caractéristique au voisin, au passant, aux autres en général. Cette représentation témoigne de la peur de l'altérité.

De plus, si l'on considère que les stéréotypes et attitudes sont fondés sur de fausses croyances, on pourrait supposer qu'il suffit d'éviter de faire des informations statistiques des croyances générales. Le secret résiderait donc dans le fait de montrer qu'il existe des personnes âgées qui contredisent les stéréotypes. Or, des chercheurs ont montré que cela ne serait pas suffisant car nous nous formons des impressions sur autrui à partir d'informations que nous sélectionnons et non pas seulement à cause d'une appropriation de mauvaises informations, telles que les statistiques.

Il existe d'ailleurs deux types d'informations auxquelles nous sommes quotidiennement confronté-e-s : celles qui portent sur l'inconnu (véhiculé par exemple par les médias) et celles qui proviennent de ce que l'on connaît déjà,

---

<sup>28</sup> COUDIN, G. BEAUFILS, B. *Les représentations relatives aux personnes âgées*. In : Actualité et dossier en santé publique n°21. Décembre 1997. Pp 12-14.

<sup>29</sup> Ibid, note n°27, p. 12

de notre environnement, de notre entourage. Ainsi, quand nous rencontrons une personne âgée, de quels éléments d'analyse allons-nous nous servir ? Deux chercheurs américains, Fiske et Neuberg, ont effectué une étude à ce sujet. Les résultats révèlent que « les stéréotypes associés au « vieux », (...) sont particulièrement déprimants et éloignés de la situation réelle de la grande majorité des personnes âgées »<sup>30</sup> En somme, lorsque l'on rencontre une de ces personnes, on n'oublie pas les préjugés ni les stéréotypes négatifs y dévolus, mais on « mobilise des images plus proches, plus concrètes, largement infiltrées par le portrait d'un grand-parent »<sup>31</sup>.

### 2.3.2. Les troisième et quatrième âges : la retraite<sup>32</sup>

Administrativement, l'âge d'entrée dans le monde de la retraite signifie le passage de la vie active au repos, et donc celui de la vieillesse. En Suisse, la limite de la retraite est fixée à 65 ans. La vieillesse pouvant s'étendre sur plus de vingt ans, certains sociologues ont entrepris de découper cette période en tranches d'âge chronologiques. Ainsi, le troisième âge englobe les jeunes retraités, allant jusqu'à 75 ans, le quatrième âge faisant référence aux personnes de plus de 75 ans.

Selon Cornélia Hummel, la retraite est perçue comme « une période de vie dans laquelle on entre à 65 ans par le biais de la cessation de l'activité professionnelle alors que le déclin physiologique n'est pas encore annoncé . La définition de la vieillesse comme période de vie sans contraintes (ni matérielles ni financières) donne naissance à un découpage de la vieillesse en deux étapes » : le troisième âge, considéré comme une sorte de deuxième jeunesse et dont la limite inférieure est le début de la retraite alors que la limite supérieure n'est pas définie. Puis le quatrième âge, qui constitue « la vieillesse, la vraie, celle qui diminue l'individu. » La vieillesse serait donc d'abord un temps de loisirs et de santé, puis elle évoluerait vers la maladie, la souffrance et la mort. Elle est alors définie par des couples d'oppositions : « troisième/quatrième âge, autonomie/indépendance, domicile/institution, etc... »

### 2.3.3. Expériences de la vieillesse et confrontation au regard des autres<sup>33</sup>

Nous avons souligné plus haut (voir pt 2.3.1, § 2) que la plupart des personnes âgées estimaient ne pas faire partie de la catégorie dite du troisième âge, encore moins de celle du quatrième. En effet, « si l'on reconnaît que c'est un rapport d'extériorité qui est à l'origine des représentations actuelles de la vieillesse, le sens que peuvent en donner ceux qui la vivent est largement méconnu ». Ainsi, souvent, pour que la personne prenne conscience de l'avancée de son âge, il faut la confronter au regard de l'autre. « La brutalité avec laquelle certains font l'expérience de ce passage vers un autre statut est provoquée par le regard », en général de quelqu'un de plus jeune.

<sup>30</sup> Ibid., p.13

<sup>31</sup> Ibid., note n°27, p. 13

<sup>32</sup> HUMMEL, C. Qu'en faut-il faire, Réflexions sur la construction sociale des troisième et quatrième âge. In : Carnets de bord n°3. Genève, 2002, pp 68-77.

<sup>33</sup> MEMBRADO, M. *Expériences de la vieillesse et confrontation au regard des autres*. In : Actes du Colloque international, *Les sciences sociales face au défi de la grande vieillesse*, Genève : Centre Interfacultaire de Gériologie, N°1. 1999

Une autre dimension qui donne une signification particulière au "grand âge" est celle de la mort, « échéance que peu de personnes très âgées envisagent et dont il leur est difficile de parler. » Cette dimension est-elle également connue des professionnel-le-s qui accompagnent les personnes mourantes en EMS ?

Enfin, c'est aussi par le langage que l'on définit la vieillesse. Et souvent les mots utilisés renvoient à une image péjorative. Cette vision négative de l'âge de la retraite contribue à isoler les personnes âgées, à les rendre "étrangères" à tout ce que nous vivons ou pourrions vivre. Cela contribue également à ce que les personnes de plus de 65 ans ne se reconnaissent pas dans cette vision. En effet, quel individu aimerait se voir rattacher à la catégorie des personnes handicapées, invalides ou encore à la "santé fonctionnelle défaillante" ?

Après avoir pris connaissance des éléments relatifs aux mécanismes de construction des représentations et des perceptions de la vieillesse, nous supposons que les futur-e-s animateurs-trices et assistant-e-s en soins ont déjà une image de la vieillesse et de la personne âgée avant d'entrer dans le lieu qui va être leur lieu de travail. Quelles peuvent être ces images et comment évoluent-elles une fois la relation avec les résident-e-s engagée ? Comment les professionnel-el-s des EMS composent-ils avec des résident-e-s qui refusent de vieillir, qui ne se reconnaissent pas ou qui n'acceptent pas leur dépendance ? Ces questions nous amènent à la problématique suivante :

## **2.4. Le cadre de la recherche**

Postulats de départ :

5. Les professionnel-le-s en EMS ont le devoir de prendre en charge la personne dans sa globalité.
6. Nous avons toutes et tous une représentation mentale de la vieillesse.
7. La proximité dans le rapport au corps a une influence directe dans la relation de travail avec la personne âgée.

### *2.4.1. Les objectifs de la recherche*

8. Identifier les différences de perception(s) de la personne âgée entre ASC et ASSC.
9. Montrer que ces différences de représentations (sociales) ont changé au fur et à mesure de la relation de travail avec les résident-e-s.

### *2.4.2. La problématique*

Nous avons tou-te-s une ou plusieurs représentations de la personne âgée. Ces représentations peuvent être influencées par les représentations sociales de la vieillesse. Ces représentations sociales sont définies par la situation des personnes âgées dans notre société, en Suisse, en Valais, ainsi que par les phénomènes qu'on lui impute directement. En effet, l'augmentation du nombre de personnes de 65 ans et plus, l'allongement de

l'espérance de vie de ces personnes, les états de fragilisation ou de dépendance qu'elles atteignent parfois, tous ces éléments nous permettent de classer les personnes âgées, de les "critériser" et de nous en faire une représentation. Parallèlement, ces facteurs qui touchent la vieillesse ont également une influence sur la demande en soins. Celle-ci se diversifie de plus en plus et les types de prise en charge de la personne âgée doivent se conformer à l'état de santé de cette dernière. Les prestataires qui nous intéressent pour ce travail sont les EMS (Etablissements Médico-Sociaux). Dans ces EMS, comment les personnes âgées sont-elles prises en charge concrètement ? Par des professionnel-le-s. Gardons-en deux : les animateurs-trices, ainsi que les assistant-e-s en soins. Une autre question nous paraît alors essentielle : « Comment ces professionnel-le-s, qui ont, comme tout un chacun une image de la personne âgée avant de commencer leur travail, composent-ils-elles, lorsque leurs représentations sont confrontées à la situation réelle des résident-e-s en EMS ? »

Au début de ce travail, nous avons posé la question suivante comme fil rouge de notre mémoire : en quoi le rôle professionnel en maison de retraite influence-t-il l'image que le ou la professionnel-le a des personnes âgées ? Toutefois, après avoir lu des ouvrages sur les représentations sociales de la vieillesse, nous nous sommes rendu compte que notre véritable intérêt ne se retrouvait pas dans cette question. En effet, ce qui nous intéresse, ce sont les représentations de la vieillesse certes, mais comme point de départ d'un travail social avec les personnes âgées. Est-ce que ces représentations, idéalisées ou non, changent selon la relation de travail du professionnel avec le pensionnaire ? En somme, en quoi les représentations sociales de la vieillesse sont-elles modifiées par l'activité professionnelle avec les personnes âgées ?

#### 2.4.3. Les hypothèses

- La proximité du corps dépendant caractérise la relation des professionnels avec les personnes âgées.
- Le type d'activités (soins ou loisirs) modifie la représentation de la personne âgée.
- La représentation du corps de la p.â<sup>34</sup> change le rapport que le professionnel entretient avec elle.

---

<sup>34</sup> Nous utilisons cette abréviation pour signifier la ou les personnes âgées  
Séraphine Mettan, ASC, HES 04, PT

## CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE

### 3.1. Le plan de recherche

Après avoir déterminé le nombre de professionnel-le-s que nous voulions interroger, nous avons établi une liste des établissements susceptibles d'employer ces personnes. Il s'agissait de sélectionner des personnes formées et ayant déjà acquis de l'expérience dans leur profession. Ensuite, nous avons rédigé une lettre à l'attention des directeurs des homes du Bas-Valais, afin de leur demander si nous pouvions prendre contact avec les professionnel-le-s en question. Cette lettre était accompagnée de deux documents. L'un sous la forme d'une lettre informative destinée aux professionnels des soins et de l'animation, qui expliquait notre démarche et nos objectifs. L'autre, le formulaire de consentement éclairé, à faire signer par la personne interviewée, dans le but de garantir son anonymat ainsi que sa protection. Trois homes, sur les six contactés, nous ont répondu positivement.

Nous avons alors de suite pris contact avec les personnes sollicitées pour les entretiens : directement sur le lieu de travail pour les assistantes en soins, par téléphone pour les animateurs en psycho-gériatrie. Cette prise de contact a duré deux semaines. Durant cette période, nous avons également fixé des rencontres. A plusieurs reprises, nos rendez-vous ont dû être repoussés, soit par manque de temps de notre part ou de la part de la personne interviewée, soit pour des questions d'organisation interne à l'établissement, indépendantes de notre volonté.

Les entretiens se sont déroulés sur un mois et demi. Toutes les personnes interrogées ont donné leur accord pour être enregistrées. Toutes ont également souhaité avoir un retour sur les résultats de notre enquête, une fois ce travail achevé.

### 3.2. L'échantillon

#### 3.2.1. *Les homes pour personnes âgées*

Les homes approchés lors de cette recherche sont tous établis en Valais depuis au moins dix ans. Le nombre de pensionnaires est compris entre 80 et 130 personnes. Tous emploient plus de deux animateurs-trices. L'institution contactée pour les assistantes en soins emploie 11 assistantes en soin avec CFC. Les deux autres homes chez qui nous nous sommes rendue pour interroger des animateurs-trices en psycho-gériatrie<sup>35</sup> comptent en moyenne trois à cinq animateurs-trices.

---

<sup>35</sup> On appelle animateurs en psycho-gériatrie les professionnel-le-s ayant suivi une formation de la Croix Rouge ou de l'Avdems (association vaudoise des EMS). Le terme « animateur-trice socioculturel-le » est propre aux étudiant-e-s de la Hevs2. Nous ne faisons ici pas de distinction entre ces deux termes.

### 3.2.2. Les professionnel-le-s des homes

Les personnes interviewées pour ce travail sont les suivantes :

2. Six animateurs en psycho-gériatrie. L'animation est le domaine qui nous intéresse et dont nous avons pu apprendre la pratique en cours. De plus, nous avons collaboré avec des animateurs en psycho-gériatrie lors de notre dernier stage de formation pratique.
6. Six assistantes<sup>36</sup> en soins communautaires, travaillant dans le même home.

Le critère principal concernant ces personnes était de pouvoir garantir que leur formation était achevée depuis au moins un an, avec un diplôme à la clé. Si nous avons fait le choix de nous intéresser prioritairement à ces deux professions, c'est tout d'abord de par leur différence de relation avec la personne âgée. Pour les animateurs en psycho-gériatrie, la relation se fait à travers des activités de loisirs, de détente. Pour les assistantes en soins, elle se construit au quotidien par des actes de "soignant-e-s" à "soigné-e-s", en lien avec les actes de la vie quotidienne (AVQ) tels que se nourrir, manger, bouger, etc....

De plus, le rapport au corps qu'ils et elles entretiennent me paraissait fondamentalement différent. D'autre part, l'image qu'ils et elles ont des résident-e-s avec qui ils et elles travaillent devait par conséquent être différente selon ce rapport.

### 3.3. Les outils de recueil de données

#### 3.3.1. Les entretiens semi-directifs

Pour cette phase de notre étude, nous misons sur une approche qualitative pour recueillir et analyser nos données. Le recueil de données se fait auprès de professionnel-le-s des homes, en animation et en soins, par des entretiens semi-directifs à questions ouvertes. Ce type d'entretien est approprié lorsque l'on s'intéresse aux processus et aux pratiques. « Il est adapté aux recherches visant à recueillir des données sur les perceptions des personnes concernant un objet, sur les comportements qu'elles adoptent en situation ainsi que sur les attitudes manifestées. »<sup>37</sup> Sous le terme « approche qualitative », nous retiendrons ici le fait que cette phase de l'étude « s'ancre dans les situations concrètes, quotidiennes et abordées en contexte. Les données récoltées relatent l'expérience des personnes interviewées et donnent une place à la signification qu'elles donnent aux événements »<sup>38</sup>. L'entretien semi-directif à questions ouvertes permet également de viser la récolte de données non accessibles par d'autres moyens.

---

<sup>36</sup> Le terme « assistante » est ici et le sera tout au long de ce travail utilisé au féminin, car les professionnelles interrogées sont toutes des femmes.

<sup>37</sup> MILES, M.B HUBERMAN, A.M. *Analyse des données qualitatives*, 2<sup>ème</sup> édition, Bruxelles : De Boeck, 2003, pp. 26-32

<sup>38</sup> Ibid, p. 28.

Pour toutes ces raisons, il paraît justifié d'utiliser ce mode pour avoir accès à des expériences du travail de tous les jours et des opinions personnelles sur le thème du regard sur la vieillesse et les personnes âgées.

Les entretiens sont menés par nous-mêmes. Après information écrite aux personnes interviewées sur les buts de la recherche et les conditions de participation, elles signent un formulaire de consentement éclairé. Tous les entretiens sont enregistrés, entièrement retranscrits<sup>39</sup> et rendus anonymes.

L'analyse des données justifie également la terminologie qualitative. Sur la base des retranscriptions exhaustives des entretiens, la condensation des données se fera sous la forme d'une analyse de contenu à partir d'une construction catégorielle basée sur les éléments théoriques qui ont fondé cette recherche.

Quant à l'analyse de ces situations, elle permettra de vérifier l'hypothèse de l'image de la personne âgée qui change selon la relation de travail établie avec cette dernière. Il s'agit en somme plus d'un échange autour de la profession et du sens de la relation avec la personne âgée que d'une interview rigide composée de questions fermées et multiples. Comme le but de la recherche est d'avoir des expériences de vie, des avis personnels sur la vieillesse, cette méthode nous paraît celle qui donne le plus de liberté à la personne lors de l'entretien. Les réponses ne devant être ni "justes", ni "fausses", ni précises, cette dernière a le choix de répondre aux questions de manière brève ou au contraire de s'étendre sur le sujet, tout en ayant la possibilité de ne pas y répondre du tout.

Les questions que nous avons nommées ici « questions-clé », permettent d'appréhender une thématique. Elles sont au nombre de cinq (voir déroulement d'un entretien dans le point 3.3.4 de ce chapitre). Les questions de relance quant à elles sont là seulement si la personne paraît bloquée, si elle cherche ses mots ou si elle ne comprend pas le sens de la question principale. Lors des entretiens, nous avons laissé libre cours aux idées de la personne interrogée, tout en écourtant l'échange s'il s'éloigne trop de la problématique centrale.

### 3.3.2. *Le but des entretiens*

En tenant compte de trois postulats de base :

- Les professionnel-le-s en EMS ont le devoir de prendre en charge la personne dans sa globalité.
- Nous avons tou-te-s une représentation mentale de la vieillesse.
- La proximité a une influence directe dans la relation de travail avec la personne âgée.

Nous avons fixé deux objectifs avant de commencer les entretiens :

10. Identifier les différences de perception de la personne âgée entre animateurs-trices et assistantes en soins.
11. Montrer que ces différences de représentations (sociales) ont changé au fur et à mesure de la relation de travail avec les résident-e-s.

Ce qui revient à vérifier les hypothèses de départ suivantes :

---

<sup>39</sup> Les entretiens retranscrits en partie se trouvent en annexe, n° 6  
Séraphine Mettan, ASC, HES 04, PT



- La proximité du corps dépendant caractérise la relation des professionnels avec les personnes âgées.
- Le type d'activités (soins ou loisirs) modifie la représentation de la personne âgée.
- La représentation du corps de la p.â change le rapport que le professionnel entretient avec elle.

L'analyse des entretiens devra faire état non pas d'une comparaison entre deux professions présentes dans un home, mais plutôt d'une confrontation entre deux façons d'appréhender la relation avec la personne âgée. Nous n'avons pas ici la prétention de réaliser une présentation exhaustive de chaque profession, car la méthode choisie privilégie la qualité à la quantité. Les douze personnes interrogées expliquent en effet une partie de leur quotidien, de leur expérience avec les résident-e-s, de leurs souvenirs enregistrés au contact de ces derniers.

Il ne s'agit donc pas d'exposer les ressemblances et dissemblances entre les activités des ASC et des ASSC, mais de mettre en parallèle deux visions de la relation professionnelle avec les personnes âgées, puis de les relier à des thématiques telles que la mort, la souffrance, les idées reçues sur la vieillesse, le corps qui se modifie avec l'âge, etc..., le but étant tout de même de montrer que ces visions diffèrent selon le(s) rôle(s) que les professionnel-le-s adoptent avec les résident-e-s.

### 3.3.3. *Le support des entretiens : les portraits*

Le support qui sert de base à la discussion entre nous-mêmes et les professionnels consiste en la présentation de portraits peints, qui montrent des personnes âgées, ou du moins des hommes et des femmes qui peuvent être apparentées à des personnes d'un certain âge. Les portraits sélectionnés ont tous le même format (une tête et un buste posés sur une feuille A4, format « portrait »). La technique artistique est également identique pour chacun d'entre eux, ceci afin de leur donner une unité et de faciliter ainsi la comparaison lors des entretiens. Il s'agit de six représentations différentes de la vieillesse, produites par des artistes, connus ou anonymes, Suisses, Allemands ou Hollandais. Ces représentations montrent une évolution entre ce que nous considérons comme la vieillesse triste, difficile, et la vieillesse magnifiée, idéalisée. Le but est d'une part de voir si les représentations que nous nous faisons de la vieillesse sont les mêmes que celles des personnes interrogées et d'autre part si l'ordre que nous avons choisi a une influence sur l'ordre que ces dernières vont établir.

D'ailleurs, quoi de mieux que des portraits que l'on peut observer, pour parler des représentations que l'être humain, le ou la professionnel-le se fait de tel ou tel objet, de telle ou telle personne ? En effet, le sens de la vue est l'un des premiers que nous utilisons pour définir une personne. Ne dit-on pas de quelqu'un qu'il est grand avant d'affirmer qu'il a une odeur particulière ou qu'il est bavard ? Bref, utiliser un support visuel pour favoriser la discussion autour de l'*image* de la vieillesse nous paraissait tout à fait approprié.

De plus, nous avons eu l'occasion de suivre deux années durant des cours en Histoire de l'Art au Collège. Les nouvelles connaissances assimilées nous ont ouverte et sensibilisée au monde de l'Art en général, mais surtout à la peinture et à ses adeptes. Nous sommes d'autant plus intéressée par la représentation du corps qu'elle dénote

souvent d'une intention ou d'une volonté inconsciente de l'artiste de faire passer une émotion, un message. Il peut même s'agir pour certains d'une projection d'eux-mêmes, d'une de leurs facettes. En somme, en nous focalisant sur des portraits réalisés par des peintres, nous souhaitons montrer les représentations que ces artistes se faisaient de la vieillesse et en les sélectionnant, nous les considérons également comme représentatifs d'une vieillesse que nous côtoyons ou que nous avons déjà imaginée.

Par ailleurs, il convient de préciser que tous les portraits sélectionnés nous ont interpellée au premier regard ; soit par leurs couleurs, soit à cause des résonances qu'ils provoquaient en nous, ou encore à travers le regard des personnes représentées.

Voici une brève présentation des six images proposées lors des entretiens, dans l'ordre où nous les avons placées.<sup>40</sup> Cet ordre correspond à notre propre classement du réel, selon la vision que nous avons de la personne âgée, non seulement en tant que personne, mais également en tant qu'animatrice socioculturelle. Ce sont finalement nos propres représentations de la vieillesse.

Numéro 1 : « Portrait d'Ellis Franz »<sup>41</sup>, Otto Dix, peintre allemand (1891-1969). La personne représentée sur cette image est une des petites amies du peintre. Selon le commentaire associé au portrait, elle ressemble à une prostituée. Elle utilise son voile et son boa pour cacher son visage âgé et son menton ridé, mais c'est une tentative vaine. En effet, son maquillage sur les yeux et sur les lèvres mettent l'accent sur son âge.

Pour nous, ce portrait d'une femme au visage anguleux, décharné, représente une Bourgeoise d'Allemagne nazie, durant la seconde guerre mondiale : une personne qui montre des signes extérieurs flagrants de richesse et de beauté, mais qui, à l'intérieur, est égoïste et laide. Dix faisait partie du mouvement allemand « Die Blaue Reiter » (« Le cavalier bleu »), qui dénonçait les inégalités sociales, omniprésentes durant cette période.

Cette image nous fait penser à la mort, au cynisme et au « macabre ». Elle n'a pas les signes évidents d'une personne âgée mais, pour nous, les traits creusés, presque squelettiques, témoignent d'un vieillissement précoce. Cette femme est à l'opposé de notre idéal de la vieillesse.

Numéro 2 : « Madame ... »<sup>42</sup>, Daniel Frank.

C'est le portrait d'une pensionnaire de maison de retraite. Nous ne l'avons pas su tout de suite et nous l'avons choisie parce qu'elle a des yeux immenses qui semblent cacher une souffrance et une multitude de souvenirs enfouis. Paradoxalement, le regard nous paraissait vide et inexpressif.

Numéro 3 : « ... »<sup>43</sup>, Van Dongen, peintre hollandais. Nous avons vu sur cette image un homme à l'air torturé, peut-être atteint de déficience mentale, qui n'est cependant pas forcément une personne âgée. Les traits sont bruts et grossiers, comme si le peintre n'accordait pas beaucoup d'importance à la finesse des traits d'un visage.

<sup>40</sup> Le lecteur pourra trouver en annexe une biographie de chaque artiste. Il trouvera également une représentation plastifiée de chacune de ces œuvres, en annexe, qu'il pourra utiliser comme un catalogue.

<sup>41</sup> WHITFORD, F. *Otto Dix. 1891-1969*. Londres : Ed. Tate Gallery. 1992

<sup>42</sup> FRANK, D. *Art and Design* [En ligne] Adresse URL : [www.danielfrank.com](http://www.danielfrank.com) (Page consultée le 3 mai 2007)

<sup>43</sup> GIANADDA, L. [et al.]. *Kees Van Dongen*. Martigny : Ed. Fondation Pierre Gianadda. 2002.

Numéro 4 : « Sans titre », Alfredo Fernandez y Gonzalez. « En se rapprochant, sous l'écorce des ressemblances s'accroissent des amertumes accumulées - les plaies ouvertes autour des yeux qui ne regardent pas – le long des sillons du nez et du menton. La douceur des lèvres le long des joues ne parvient pas à estomper la tristesse et le désarroi de la présence. »<sup>44</sup>

Cette femme n'est pas dévoilée ici sous son meilleur jour. Elle a des cernes sous les yeux, des lèvres qui pendent. Sa coiffure est négligée. Elle pourrait être selon nous la tristesse incarnée.

Numéro 5 : « La dame grecque »<sup>45</sup>, Oscar Baillif. Ce dernier s'est rendu durant plusieurs semaines dans un home situé à Genève, afin d'observer la vie qui y régnait. Il s'est inspiré de ses observations pour réaliser plusieurs peintures montrant des scènes quotidiennes de la vie du home. Celle qu'il a baptisée « la dame grecque » est pour nous une femme joyeuse, active, peut-être représentée dans un fauteuil. Elle est tout de même en mouvement, car elle semble frapper dans ses mains. Elle est contente de son sort, vivante.

Numéro 6 : « Berthe Aeberhard »<sup>46</sup>, Sylvain. C'est un personnage assez passif, neutre, car il a très peu d'expression(s) sur le visage. Il dégage une sorte de sérénité. Cette dame représente pour nous la "résidente type" d'un établissement pour personnes âgées.

### 3.3.4. Le déroulement d'un entretien

Les images sont présentées dans un ordre précis, pré-établi par nous-mêmes. La personne interviewée se place en face de l'intervieweuse, elle signe le consentement éclairé et se prépare à répondre aux questions (clés et de relance) de cette dernière. Le canevas d'un entretien se présente de la manière suivante : le ou la professionnel-le interrogé-e choisit pour commencer une image au hasard, celle qui a une accroche particulière selon lui ou elle. Ce premier choix a pour but de mettre à l'aise la personne et d'observer comment cette dernière se sent vis-à-vis de notre méthode. C'est également l'occasion d'entrer dans la thématique de la vieillesse et de ses représentations.

Ensuite, la personne interviewée est amenée à sélectionner un portrait qui lui fait penser à son quotidien dans le home et à expliquer son choix. Ce qui nous conduit à lui demander si elle se faisait déjà une idée de son futur métier, et plus spécialement une idée de la personne âgée en EMS, avant d'y travailler. Avec cette demande, nous nous rapprochons de la relation de travail avec les résident-e-s.

<sup>44</sup> FERNANDEZ Y GONZALEZ, A. COGNALONS-NICOLET, M. *Les regards du vieillir*. Hôpitaux universitaires de Genève, HUG. Genève : 2003. Page 41.

<sup>45</sup> BAILLIF, O. *Le peuple du bout du monde*. Les Editions Drozophile. Genève : 2003.

<sup>46</sup> L'œuvre choisie ici est issue du travail de mémoire de Sylvain, un étudiant en arts visuels de Neuchâtel, qui a eu la gentillesse de nous l'allouer pour quelques temps. Réalisé en 1999.

Nous lui posons alors diverses questions autour de cette image, telles que « En quoi votre travail quotidien a-t-il transformé votre image de la vieillesse ? », « Les activités que vous partagez avec les résident-e-s ont-elles changé ce rapport à la vieillesse ? », etc...

Puis, nous proposons à la personne interviewée d'établir un classement avec les six images posées devant elle. Ce classement devra partir de la personne qui lui fait peur et se terminer par celle qui lui inspire de la joie, ou même de l'envie, dans l'optique de se faire une idée sur les images qu'elle a des personnes âgées en général et de celles qu'elle rencontre au travail. Cette phase est une sorte de "commentaire éclairé" sur des images de la vieillesse.

Enfin, nous prenons la photo qu'elle a placée en dernier, c'est-à-dire celle qui la dérange le plus et nous lui demandons de la commenter plus longuement que les autres. Nous glissons alors des termes qui se rapprochent du terme "décès", pour voir si le ou la professionnel-le est touché-e par ce thème et comment il ou elle le perçoit.

### 3.3.5. La technique du Photolangage

*Photolangage* est une collection de dossiers photographiques de 40 à 100 planches et une méthode de travail en groupe avec des photographies. Cette méthode est apparue en 1960 et a été "brevetée" grâce à Alain Baptiste et d'autres auteurs qui ont rédigé plusieurs articles et ouvrages sur cette nouvelle technique. Utilisé principalement en formation, cet outil a également été intégré à des pratiques thérapeutiques. *Photolangage* est une méthode de travail en groupe, qui propose aux participants de répondre à une question par des photographies.

Il est en effet demandé à chacun à partir d'un choix personnel d'une ou plusieurs photographies, de se positionner par rapport à une question posée. La photographie devient une introduction au fonctionnement de la pensée et le fonctionnement de la pensée est aussi le véritable sujet qui ramène aux images. Les photographies proposées suscitent un travail psychique d'association, d'interprétation, de souvenirs, de compréhension, de liaison à partir des éléments photographiques et un positionnement dans le groupe par la parole.

*Photolangage* est une méthode qui se différencie d'autres approches en ce qu'elle utilise comme incitation à l'expression une photographie sur papier. Ces photographies, « choisies pour leur forte puissance suggestive, leur capacité projective, leur qualité esthétique et leur valeur symbolique, viennent stimuler, réveiller les images que chacun porte en soi et à travers lesquelles il perçoit la réalité et se la représente ». <sup>47</sup>

Toutefois, nous précisons que cette méthode n'est pas en tout point identique à celle que nous avons utilisée pour notre étude, mais les deux approches présentent des points communs. Les photographies sont remplacées par des portraits « peints » et il ne s'agit pas d'un travail de groupe mais d'un entretien individuel. Toutefois, dans les deux cas, le support visuel est un moyen de faire parler la personne interviewée. Il favorise en effet la

<sup>47</sup> Les éléments ci-dessous sont tirés du site internet :  
BAPTISTE, A. *Photolangage : présentation*. [En ligne] Adresse URL : <http://www.photolangage.com> (Page consultée le 2 avril 2007)

réminiscence, le lien entre ce qui se passe pendant l'entretien et ce qui pourrait se passer tous les jours sur le lieu de travail. Un des objectifs du *Photolangage* est d'ailleurs d'exprimer les représentations que l'on a d'un sujet, de faire ressortir les clichés et stéréotypes, ainsi que de reconnaître les images dominantes pour aller plus loin en donnant la parole à l'expérience personnelle de chacun. En nous inspirant de cette technique, nous avons voulu nous aussi aller au-delà de la première impression sur ces images de vieillesse, en allant chercher quel deuxième regard portait le professionnel sur les personnes âgées et en proposant différentes lectures des portraits présentés. (cf point 3.3.3.)

### **3.4. La méthode de dépouillement**

#### *3.4.1. Les entretiens*

Voir annexe n° 6

#### *3.4.2. La grille d'analyse de contenu*

Voir annexe n° 5

### **3.5. Les limites de l'étude**

#### *3.5.1. Les limites liées à l'échantillon de portraits choisis*

Dans le choix des images, nous avons déjà opéré une sélection selon nos propres goûts et représentations de la vieillesse ; nous limitons ce faisant l'objectivité du classement des professionnel-le-s. De plus, l'échantillon de personnes interrogées est-il vraiment représentatif de la profession ? Quant au terrain d'enquête, il s'est limité à un home pour les assistantes en soins et à deux autres homes pour les animateurs.

De plus, les portraits des personnes âgées n'ont peut-être pas été parlants pour les personnes interviewées car trop éloignés des résident-e-s qu'elles côtoient au quotidien, ou au contraire trop proches, ce qui a empêché certain-e-s de faire des liens avec leur pratique professionnelle.

#### *3.5.2. Les limites liées à l'échantillon des personnes interrogées*

Une autre limite concerne également les professionnel-le-s interrogé-e-s. La formation des animatrices relève du secteur tertiaire, alors que ce n'est pas le cas pour les assistantes en soins, qui n'ont d'ailleurs pas toutes la même formation. Est-ce que cet écart au niveau de la formation aura une influence lors des entretiens ?

Il est possible toutefois de niveler cet écart en insistant sur le rapport au corps de la personne âgée, sur la relation que ces deux domaines professionnels permettent d'instaurer avec l'usager-ère.

De plus, sur les six personnes interviewées, cinq sont de sexe féminin, une seulement de sexe masculin, un animateur. Le regard que ces premières portent et analysent sur les personnes âgées peut se révéler sensiblement différent de celui des hommes.

Enfin, l'équité entre le nombre de femmes et le nombre d'hommes interviewé-e-s n'a pas été réalisée, car la majorité des personnes travaillant dans les soins sont des femmes, de même que pour les personnes de l'animation. Cependant, ce dernier point fait référence à une réalité : dans les maisons de retraite, la proportion de femmes est largement plus importante que celle des hommes.

## CHAPITRE 4 : RESULTATS

Afin de vérifier les hypothèses de départ

- La proximité du corps dépendant caractérise la relation des professionnels avec les personnes âgées
- Le type d'activités (soins ou loisirs) modifie la représentation de la personne âgée
- La représentation du corps de la personne âgée change le rapport que le professionnel entretient avec elle.

Et de comprendre en quoi les objectifs de la recherche suivants sont atteints :

- Identifier les différences de perception de la personne âgée entre animateurs-trices et assistantes en soins
- Montrer que ces différences de représentations (sociales) ont changé au fur et à mesure de la relation de travail avec les résident-e-s

Nous avons analysé les entretiens comme suit :

### 4.1. Méthode d'analyse des entretiens

Après avoir dépouillé tous les entretiens conservés sur des bandes audio, nous avons souligné les éléments principaux contenus dans les réponses (question par question). Puis, nous avons choisi des thèmes d'après les questions de départ fixées avant les entretiens. Ces thèmes ou domaines sont :

- La vision de la personne âgée avant de commencer à travailler dans un home
- La vision de la personne âgée au travail
- Les caractéristiques du métier d'assistante en soins, d'animatrice
- Les différences entre la relation ASSC-p.â et ASC-p.â
- La proximité du professionnel avec le-la résident-e, intimité de la relation
- L'image de la vieillesse en général
- Le rapport à la mort

Ces thèmes nous ont permis d'effectuer une synthèse des entretiens et d'obtenir les résultats suivants.

### 4.2. Les résultats

Ces résultats seront présentés question par question, telles qu'elles ont été posées aux professionnel-le-s interviewé-e-s. Nous exposerons tout d'abord les éléments de réponse des assistantes en soins, puis ceux des animateurs-trices en psycho-gériatrie, illustrés par leurs propres commentaires. Les éléments relatifs à la question n° 4 par exemple seront quant à eux montrés dans leur ensemble, animateurs-trices et assistantes confondus.

Pour chaque question, nous nous attacherons à rassembler les réponses similaires entre les deux professions et entre professionnel-le-s mêmes, ainsi qu'à relever un, voire deux éléments de réponse qui "sortent du lot". Enfin, nous ferons une synthèse de ces propos.

#### 4.2.1. Les personnes interviewées

Les personnes approchées pour les entretiens travaillent toutes dans des homes. Il s'agit pour la partie des soins, de six assistantes en soins diplômées de l'école de Châteauneuf, travaillant toutes dans le même établissement. Elles ont également toutes au moins deux ans d'expérience dans le domaine des soins gériatriques. Quant à la partie animation, deux animatrices travaillent dans un home, un animateur et deux autres animatrices exercent dans une autre institution, et une dernière professionnelle travaille dans le même home que les assistantes en soins. Tous les homes se situent dans la même région, en Valais. Tou-te-s les animateurs-trices ont également de nombreuses années d'expérience avec les personnes âgées derrière eux-elles. La plupart travaille depuis cinq ans dans le même home.

#### 4.2.2. Réponses aux questions de l'entretien

##### Question n°1

*Choisissez une image parmi celles posées devant vous et dites-moi pourquoi vous l'avez choisie, commentez-la »*  
*« Pourquoi avez-vous choisi celle-là ? Est-ce qu'elle vous fait penser à quelqu'un, à un événement particulier ? »*

Sur les six assistantes en soins interviewées, trois d'entre elles ont choisi l'image numéro 6, deux la numéro 5 et une la 3. Personne n'a donc sélectionné les images 4, 2 et 1. Les raisons de ce choix sont diverses. Presque toutes ont répondu que les personnes n°5 et n°6 faisaient penser à une personne âgée, à leur propre grand-maman ou encore à une résidente du home dans lequel elles travaillent. *« C'est tout à fait possible que ce soit une personne que je rencontre au F<sup>48</sup>... »<sup>49</sup>*, nous dit l'une d'elles. *« C'est plus familial qu'autre chose »*, nous avoue une autre. Une seule a parlé de l'aspect sombre du portrait. *« L'aspect sombre, le regard aussi, et pis le tour (de l'image) »*. C'est d'ailleurs celle qui a choisi l'image numéro 3.

Chez les animateurs par contre, trois ont pris l'image numéro 5, deux la numéro 2 et un la numéro 1. Ils ont tous remarqué les intentions et les mouvements des personnes représentées sur les portraits, que ce soit les mains, le visage ou encore le sourire de la personne âgée. *« Je l'ai choisie parce qu'il y a les mains, et c'est par les mains qu'on transmet beaucoup de choses »*. *« Elle a ce geste vers l'avant (il s'agit de l'image numéro 5), elle a encore une intention, c'est pour moi l'idéal (de la personne âgée) »*.

<sup>48</sup> L'initiale « F » fait ici référence au home approché pour les entretiens avec les assistantes en soins.

<sup>49</sup> Toutes les phrases entre guillemets sont des citations des personnes interviewées, directement tirées des entretiens effectués avec elles.



Si les assistantes en soins se sont focalisées sur le fait que les portraits leur rappellent un de leurs grands-parents ou un-e résident-e, les animateurs-trices eux-elles ont davantage été sensibles à l'expression des personnes portraiturées.

Le premier constat relatif au choix des assistantes en soins démontre que pour une majorité d'individus, fréquemment, c'est la référence aux grands-parents, pour la description d'une personne âgée, qui est utilisée. C'est ce qu'on appelle le principe de *répétition* (qui consiste dans la « reconduction préférentielle de modèles familiaux », voir chapitre 2, pt 2.1). Nous constatons que ces professionnel-le-s font appel au sens commun lorsqu'ils-elles visualisent la vieillesse. Cette référence aux grands-parents fait d'ailleurs partie des représentations sociales de la vieillesse répertoriées par des chercheurs (voir chapitre 2, pt 2.3.1), représentations qui concernent une majorité de personnes interrogées à ce sujet.

## Question n°2

*« Maintenant, choisissez une image qui vous fait penser à votre quotidien au travail, commentez-la »*

Pour cette question, trois assistantes en soins ont choisi l'image numéro 5, deux la numéro 4 et une la numéro 6. Ce qui ressort de leurs commentaires vis-à-vis de ce choix, pour celles qui ont privilégié la numéro 5 en tout cas, c'est qu'elles discutent régulièrement avec les résident-e-s. C'est pourquoi la dame représentée sur cette image leur fait penser à une activité qu'elles pratiquent au quotidien et qu'elles apprécient. *« Ici (dans le home) ils sont beaucoup assis, en train de discuter. », « C'est une personne qui est contente, qui me parle de sa jeunesse », ...*

Une assistante a parlé de la numéro 6 comme d'une grand-maman qui paraît bien mais qui en fait cache peut-être un mal-être, voire une maladie. *« En dehors on se rend peut-être pas compte de la maladie, tandis qu'ici on sait qu'ils sont là pour ça »*. Les deux personnes qui ont sélectionné le portrait numéro 4 ont soulevé la tristesse dévoilée par les traits tirés de son visage et le fait que cette tristesse ne se remarquait pas au premier abord. *« Elle me paraît triste, tu rencontres des gens qui ont l'air bien comme ça mais tu vois dans leur regard qu'ils sont tristes. C'est pas au premier abord, mais en apprenant à les connaître »*.

Quant aux animateurs-trices, ils-elles sont quatre à avoir préféré l'image numéro 5 car elle ressemblait à des participant-e-s aux ateliers qu'ils-elles mettent sur pied. Deux d'entre eux-elles ont relevé à ce propos que c'était l'image joyeuse, idéale, de la personne âgée qui quitte une animation appréciée. *« Pendant le chant, on applaudit toujours », « Les personnes qui viennent à l'animation sont assez contentes du moment passé avec nous. »* Un autre animateur a choisi l'image numéro 6 car elle montrait vraiment le « contact proche que l'animateur (pouvait) avoir avec un résident ». Et le dernier a pris l'image numéro 4 car c'est aussi une personne qu'il pourrait croiser dans les couloirs de son lieu de travail et qui ressemble à plusieurs résident-e-s dont il s'occupe.

C'est d'ailleurs une question qui a réuni les deux professions car toutes deux ont montré leur préférence pour la dame numéro 5, représentée dans une chaise roulante et frappant dans ses mains.

C'est donc un aspect de la profession qui se retrouve, en tout cas dans ce home, autant dans l'animation que dans les soins. La parole, par le chant ou la discussion, mais aussi les gestes, ceux de la battue du rythme ou de l'explication d'un événement, sont des signes auxquels sont attentifs les professionnel-le-s interviewé-e-s. D'une part, ces gestes sont visibles au premier regard, d'autre part, c'est autour d'eux et pour les "maintenir" que s'articulent beaucoup d'activités dans les homes (tâches manuelles, chant, ateliers autour de la mémoire,...)

Nous remarquons également qu'animateurs-trices et assistantes en soins ont majoritairement choisi les images 4-5 et 6 pour ces deux premières questions. Nous sommes étonnée de ne voir aucune différence entre les deux professions. En effet, les portraits choisis ne reflètent pas la vieillesse telle qu'elle est côtoyée par les soignantes. Nous nous attendions à ce qu'elles sélectionnent les personnes dont le visage est triste ou marqué, (parfois signe de démence), dont elles ont la charge dans leur service. Est-ce qu'en idéalisant la personne âgée, elles veulent se protéger de la vision de la nudité ou de la maladie? Est-ce là une stratégie de défense ? Nous y reviendrons dans le chapitre suivant.

### Question n°3

*« En quoi votre travail quotidien a-t-il transformé votre image de la vieillesse ? »*

*« Avant de travailler ici, vous étiez-vous déjà fait une image de la personne âgée ? Si oui, cette image a-t-elle changé depuis ? En quoi, à cause de quoi ? »*

Deux assistantes en soins nous ont parlé de leur peur de la mort ; non pas de la mort en elle-même, mais parce qu'elle sous-entend la disparition d'une personne avec qui elles avaient tissé des liens forts. Une des deux a souligné cependant qu'en les observant tous les jours, en côtoyant leur souffrance, elle était presque soulagée de les voir partir. *« Les personnes âgées au début elles me faisaient peur. C'est plus la mort qui me faisait peur. A la longue, on n'a plus envie de les quitter. (...) Maintenant, c'est presque un soulagement certains de les voir partir, parce qu'ils souffrent. »* Chez une autre c'est tout le travail des soins techniques qui posait problème. Elle se voyait plus toucher au côté social du métier et moins aux soins tels quels, dans toute leur complexité et dans la distance émotionnelle qu'ils exigent parfois. *« J'avais peur de tout ce qui est dans les soins. Au début, c'était surtout pour le social, pas pour les soins techniques. J'suis tombée un peu par hasard ».*

Pour l'une d'entre elles, plus âgée, c'est l'idée qu'elle aussi sera confrontée directement à la maladie et à la vieillesse qui lui fait peur. Elle sent qu'elle s'en approche et c'est une pensée qui la rend plus respectueuse des résident-e-s dont elle s'occupe. *« Ca me fait beaucoup réfléchir à ma vieillesse, parce qu'elle arrive à grands pas ».* Trois autres assistantes ont abordé le sujet de la nudité chez la personne âgée. Bien qu'elles aient montré très tôt le désir de travailler avec cette population (16 ans), elles ont ressenti une certaine gêne lors de leurs premières toilettes, surtout avec les hommes. Elles se sentaient par conséquent un peu mal à l'aise de voir que ces résident-e-s ne pouvaient plus accomplir un acte qu'ils-elles avaient pourtant pratiqué toute leur vie et pour lequel ils-elles devaient s'en remettre à une fille d'à peine 20 ans.

« Y'a des moments où tu touches à leur intimité quand même. Pour eux, c'est pas facile de se retrouver comme ça, à 90 ans, avec une jeune de 25 ans. » Toutefois, en répétant ces soins, plusieurs fois par semaine et par jour, elles s'y sont habituées. Pour l'une d'elles, c'est même l'occasion de se rapprocher de la personne que de partager ce moment d'intimité avec elle. « *Ca rapproche, de voir la différence* ».

Plusieurs d'entre elles nous ont également fait part de leur étonnement devant les démences rencontrées chez les personnes âgées. Elles ne s'attendaient effectivement pas à certains gestes ou paroles agressives de la part de ces personnes. « *Un truc qui m'avait choqué, c'était un monsieur qui avait des gestes déplacés* », « *Suivant les maladies, tu t'imaginais pas ça...* ». C'est petit à petit, en se renseignant sur les effets de la maladie, qu'elles ont réussi à n'avoir aucune rancune contre ces dernières et à faire preuve d'équité envers tou-te-s les résident-e-s.

Trois des quatre animatrices interviewées ont d'abord travaillé comme soignantes avant de bifurquer vers l'animation. Elles estiment toutes les trois que ce passage dans les soins est nécessaire si l'on veut aider la personne efficacement en tant qu'animatrice. « *... les personnes elles sont différentes quand elles sont à l'animation, donc on voit qu'une partie de leur personnalité (...)* Si le soir vous êtes avec quelqu'un ou le matin, dans les soins souvent les gens sont angoissés parce que c'est difficile de se lever, elles se trouvent face à leur corps qui va pas (...) c'est des choses qu'elles remarquent plus à l'animation ».

Pour une des trois, ce qui a changé dans le rapport à l'image du résident-e, c'est qu'elle a « *bien voulu les regarder autrement* ». Quant à la deuxième animatrice, elle se rapproche de certaines assistantes en soins en ce sens qu'elle avait peur de la mort avant de commencer son travail avec les personnes âgées. « *Le home c'est un lieu où on côtoie régulièrement la mort et j'avais pas l'habitude* ». Elle estime d'ailleurs que la mort est davantage présente dans les soins que dans l'animation. Elle avait également de la difficulté à comprendre les raisons de l'agressivité de certains résident-e-s atteints de démence. Et c'est aussi en apprenant à les connaître qu'elle a compris que cette agressivité n'était pas volontaire. La troisième enfin admet qu'à un moment donné, la confrontation entre l'image idéale qu'elle avait du soin et la réalité de la pratique lui a fait préférer le domaine de l'animation. « *Les soins, c'est essentiel, mais ils ont quand même besoin d'un contact social.* »

Une autre animatrice se faisait « *une très mauvaise image de la personne âgée* ». Elle les voyait comme des personnes un peu « *ronchonnes* », avec lesquelles il aurait été difficile d'avoir une relation professionnelle : « *j'disais moi j'pourrais jamais faire un travail comme ça.* » C'est après plusieurs stages dans des maisons de retraite et après avoir été confrontée à la souffrance qu'elle a pu envisager un travail dans un EMS. Grâce à ce travail, elle avoue être passée de l'introversion à une ouverture d'esprit plus large, ouverture qui se retrouve plus dans la relation que dans la vision qu'elle a de la personne âgée. Elle considère d'ailleurs aujourd'hui les résident-e-s s comme des personnes « *avec un grand vécu, ayant beaucoup lutté et avec un instinct de survie incroyable* ».

Deux autres animateurs-trices, qui travaillent dans le même établissement, n'ont pas éprouvé de réelle angoisse en commençant leur métier. Les deux avaient en effet déjà côtoyé et aidé leurs grands-parents, ce qui a les a non seulement guidé-e-s vers ce métier, mais également empêché-e-s d'avoir trop d'appréhension vis-à-vis de leur futur travail : « *ça calmé, avant qu'elles n'arrivent, beaucoup d'angoisses.* »

En somme, la peur du corps, nu ou inerte, est plus présente chez les assistantes en soins que chez les animateurs-trices. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'en animation, il est rare de voir une personne mourir. De plus, les soins corporels, qui sont l'apanage des assistantes, impliquent nécessairement une proximité avec la personne âgée, proximité que n'ont pas les animateurs-trices.

Ce que l'on peut constater chez ces derniers-ères, c'est qu'ils-elles n'avaient pas de peur particulière avant de commencer à travailler dans un home, au contraire des assistantes en soins, qui ont parlé soit de la difficulté à réaliser des soins techniques, soit de la vision du corps nu, soit de la mort en elle-même comme sources d'appréhension. Les animateurs-trices interviewé-e-s avaient déjà travaillé dans les soins auparavant ou aidé des personnes âgées de leur entourage, ce qui peut justifier cette "absence d'angoisse".

*En quoi consiste leur métier, ou la vision qu'ils en ont, au moment de l'entretien...*

Une assistante en soins a vraiment souligné le ras-le-bol qu'elle pouvait ressentir face à certaines situations : situation où le-la résident-e montre du mépris pour les soignantes, ou par exemple, lorsque certains d'entre elles se moquent ouvertement d'un de leurs voisins d'étage parce qu'il n'arrive pas à tenir sa cuillère correctement. Pour ne pas se laisser envahir par la colère ou l'amertume, elle passait alors la main à une de ses collègues, chaque fois que cela était possible. « *Quand t'en as vraiment ras-le-bol, quand tu peux plus parce qu'ils te courent après, oui des fois tu les vois comme ça (comme la personne du portrait n°3). C'est une accumulation qui fait que tu peux avoir cette vision* ».

Ce qui plaît à la personne qui appréhendait les soins techniques, c'est de se sentir utile, de pouvoir aider les résident-e-s dans leurs activités quotidiennes. Elle trouve même deux ou trois soins techniques plutôt intéressants et apprécie le fait d'avoir « *toujours des choses à apprendre sur l'anatomie* ».

L'assistante plus âgée nous a avoué qu'elle aimerait avoir plus de temps pour les entretiens avec les résident-e-s ; pour mieux les connaître, mais aussi les aider à accepter leur placement. Les cours instants où elle pouvait d'ailleurs prendre ce temps, c'était pendant la toilette ou l'habillage. C'est d'ailleurs dans les moments insolites (qui ne se prêtent pas forcément aux échanges) que le dialogue parfois s'installe. Cette réflexion nous a été inspirée par plusieurs témoignages d'aides-soignant-e-s en formation, relatés dans un ouvrage sur la toilette intime<sup>50</sup>. Ces jeunes apprenant-e-s faisaient l'expérience des soins corporels auprès des patients d'un hôpital. Ils-elles avaient tou-te-s constaté que pendant ces moments de proximité physique, où la gêne était souvent présente, la discussion devenait plus personnelle, car les patients se confiaient à eux-elles sans fausse pudeur. Nous reviendrons dans le chapitre suivant sur cette problématique.

Pour l'une d'entre elles enfin, « *la nudité, c'est quelque chose d'à part, y'a tout le reste à côté* ». Pour elle, le plus important, c'est de faire en sorte que la personne se sente à l'aise. D'ailleurs, elle considère que son objectif principal en tant que soignante est de « *faire en sorte que leur fin de vie soit belle* », que les personnes dont elle a la charge « *arrivent le plus loin possible, le mieux possible* ».

<sup>50</sup> DELOMEL, M-A. *La toilette dévoilée. Analyse d'une réalité et perspectives soignantes*. Paris : Ed. Seli Arslan, 1999  
Séraphine Mettan, ASC, HES 04, PT

Pour plusieurs animateurs-trices, le plus important dans la relation d'aide avec des personnes démentes, c'est de permettre l'expression. Ces professionnel-le-s ont en effet remarqué que la plupart des résident-e-s avaient reçu une éducation qui les empêchait de laisser sortir leurs émotions. Ce "mutisme émotionnel", si nous pouvons le nommer ainsi, aurait peut-être conduit certains à développer des pathologies comme la maladie d'Alzheimer. Favoriser et encourager l'expression, en groupe ou en individuel, les aiderait donc à se libérer de certaines souffrances passées. « *Quand on est en groupe, il faut vraiment permettre l'expression* ». Ce qui a changé dans leur regard, c'est en effet, d' « *avoir perçu derrière les plaintes, les besoins ou les émotions pas comblés* ».

Pour les deux personnes qui avaient déjà côtoyé des personnes âgées avant de s'engager dans le métier d'animateur-trice, c'est en étant authentique que la relation peut démarrer et se développer efficacement. « *Quand on est authentique, on peut s'approcher de n'importe quelle personne âgée, pis ça fonctionne* ». Eux-elles aussi préconisent l'expression comme moyen de soulager la personne de ses inquiétudes. « *Je trouve que c'est très gratifiant pour elles de poser leurs angoisses, même de se plaindre, c'est salutaire.* »

Pour ce deuxième point, les assistantes ont parlé du fait de se sentir utiles, d'amener quelque chose aux personnes dont elles ont la charge. Et, passés les moments de gêne lors des toilettes, elles considèrent cet instant comme une occasion de se rapprocher de ces dernières. Les animateurs-trices quant à eux ont mis l'accent à nouveau sur l'expression des personnes âgées, mais l'expression orale cette fois, et non kinesthésique.

#### Question n° 4

« *Pouvez-vous maintenant classer ces 6 images de la vieillesse qui vous fait envie à celle qui vous fait peur ?* »

« *L'image que vous avez mise en premier représente-t-elle votre futur « vous » ?* »

« *Qu'est-ce qui vous attire dans cette image ?* »

« *Au contraire, qu'est-ce qui vous rebute dans celle que vous avez placée en dernier ?* »

Sur les six assistantes en soins interrogées, cinq ont placé en première position les portraits numéro 6 et numéro 5, dans un ordre variable. Pour elles, ce sont les deux images qui reflètent la vieillesse joyeuse, physiquement bien et indépendante. Ce pourrait être des personnes auxquelles elles aimeraient ressembler lorsqu'elles elles-mêmes auront atteint cet âge. « *J'aime bien celle-là, j'aimerais être comme ça.* », « *C'est celle qui est le mieux physiquement* », « *Elle est joyeuse, en pleine forme, ici ils sont pas toujours de bonne* ». La sixième et dernière assistante pour sa part a préféré mettre l'image numéro 4 à la deuxième position, entre la numéro 5 et la numéro 6, car la femme y représentée a l'air morne et la tristesse pourrait aussi faire partie de sa vieillesse à elle.

Tout-e-s les animateurs-trices ont placé ces deux images (numéros 5 et 6) alternativement à la première et deuxième place. Pour eux-elles, ces portraits sont ceux de la grand-maman type, coquette et exprimant la joie de vivre, caractéristiques que deux animateurs-trices souhaiteraient posséder lorsqu'ils-elles seront vieux-eilles. « *Ces deux personnes expriment la vie, elles ont les yeux rieurs,...* »

Quant aux quatre autres images, les deux corps de métier se rejoignent en général sur les commentaires effectués à leur sujet. En effet, aussi bien les assistantes que les animateurs-trices voient sur l'image numéro 4 une femme triste, voire frustrée, aux yeux tirés donc fatiguée. Une animatrice avoue qu'elle pourrait lui ressembler dans quelques années si la souffrance l'atteint. « *Je pourrais devenir aussi comme elle si je souffre.* », « *il y a un certain vécu sur le visage* », ... Le portrait numéro deux lui, dévoile une personne triste, un homme pour certains, une femme pour d'autres. Pour une animatrice, ce pourrait être une personne souffrant de la maladie d'Alzheimer. « *C'est quelqu'un de perdu, qui souffre, c'est difficile de voir une personne avec cette perte de repères* ».

L'homme de l'image numéro 3 a provoqué un sentiment de peur chez deux personnes interviewées. « *Il me fait peur, il a un air méchant* ». Les autres ont remarqué son air détaché, renfermé, dont le visage montre un certain vécu. Pour une animatrice, cet homme « *garde beaucoup de choses pour lui* »... Pour une assistante, c'est quelqu'un qui n'a pas l'air foncièrement malheureux mais qui est dans le flou, « *un peu neutre* ».

Enfin, la personne du portrait numéro 1 a suscité des avis plutôt partagés. Pour certains, la femme qui y est incarnée représente la folie furieuse, un personnage de conte irréel : « *ça me fait penser au chat botté* », « *On dirait Michaël Jackson* » ; pour d'autres, c'est une vieille dame qui n'accepte pas son âge mais qui fait croire à son entourage que tout va bien. Une animatrice a d'ailleurs dit qu'elle lui faisait penser à « *ces gens qui meurent debout parce qu'ils refusent d'être malades* ». Pour la majorité, cette image ne ressemble en rien aux résident-e-s à qui ils et elles ont affaire.

Nous relèverons ici que tous ces portraits ont entraîné des commentaires chez les personnes interrogées. La plus grande partie de ces dernières nous a fait remarquer que tous les individus représentés sur ces tableaux pouvaient s'apparenter à des résident-e-s qu'elle côtoyait. Des résident-e-s atteint-e-s de démence, isolé-e-s, ou au contraire plutôt satisfait-e-s de leur situation dans le home.

Quant à l'ordre des images choisi par les assistantes en soins, il n'est pas très différent de celui préféré par les animateurs-trices. Ceux-celles-ci par contre ont été plus constant-e-s dans leur choix, en mettant quatre fois les images 5 et 6 en premier, ainsi que la numéro 1 en dernier. En effet, les assistantes, bien qu'elles aient également placé les mêmes portraits en première position, ont pour la suite varié l'ordre des autres images.

## Question n°5

*Qu'est-ce qui différencie la relation animateurs-trices-résident-e-s et assistantes en soins-résident-e-s ?*

Pour les assistantes en soins, les deux professions se complètent. Une d'entre elles considère que les personnes des soins les lavent et les préparent pour qu'ils soient « *tout beaux quand ils les amènent à l'animation* ». Deux assistantes soulignent à ce propos que les professionnel-le-s de l'animation ont « les bons côtés » de la relation avec la personne âgée. Une autre pense que les professionnel-le-s des soins sont un peu comme les membres de leur famille car ils et elles connaissent plus les résident-e-s qui restent sur leur étage et qui ne peuvent pas participer aux ateliers de l'animation.

« Nous on est un peu comme leur deuxième famille. (...) On est là aussi pour communiquer avec les résidents déments. », « Les animateurs essaient de passer des bons moments avec, ils voient pas la chose comme nous. (Ils) ont un moment dans la journée. Nous c'est du matin au soir ».

Une dernière enfin estime que les animateurs-trices doivent connaître le diagnostic du-de la résident-e pour pouvoir s'en occuper alors que pour les soignantes, le fait de savoir quelle activité le ou la résident-e a pratiqué les aide à débiter une discussion avec ce dernier.

Pour une animatrice, les professionnel-le-s des soins comblent les besoins primaires et basiques, alors que les animateurs-trices s'attachent aux besoins secondaires, ceux de l'esprit. Cette explication résume bien l'avis des animateurs-trices sur cette question. En effet, ils-elles se considèrent comme des « *docteurs de l'âme* » et non du corps. « Nous on n'a pas le côté dégradant entre guillemets de la vieillesse. (...) Les soins ont plus le côté *toucher* ». Deux d'entre eux parlent de la relation dominant-dominé entre la soignante et le-la résident-e. Une résidente qui se montre agressive envers une soignante aura peut-être peur de ne pas obtenir l'aide souhaitée en cas de besoin. Il existerait donc à ce moment-là des enjeux de pouvoir, alors que la relation « résident-animateur » serait une relation d'adulte à adulte. « Nous notre but c'est qu'ils aient le choix. », « Avec nous ils ont moins de gêne », « C'est différent à 100% ».

Trois animatrices quant à elles nous ont révélé que l'animation était un milieu privilégié, une sorte de reflet de la vie normale, de la vie d'avant. De plus, les animatrices n'obligent pas les résident-e-s à participer aux ateliers. Il n'y a donc pas de rapport de force. Cet aspect est une différence majeure entre ces deux professions. Nous nous attarderons plus longuement sur les raisons de cette différence dans le chapitre suivant. Elles nous ont également parlé du regard de la personne âgée sur le ou la professionnel-le en animation. Ce regard serait selon elles différent de celui qu'elle porte sur les soignantes. « Ils nous voient comme quelqu'un qui distraie, qui donne du plaisir ». En cela elles pensent que parfois elles ont le « *beau rôle* ».

Les animateur-trices admettent également prendre le temps pour écouter les résident-e-s, temps que les soignantes n'ont peut-être pas. « Nous on prend le temps de les écouter, les soignantes ne l'ont pas. » Tou-te-s insistent sur l'écoute comme moyen d'atteindre les personnes âgées, à défaut du toucher et de l'occupationnel.

#### *Proximité du corps - plus ou moins d'intimité avec les personnes âgées selon la relation de travail*

Trois assistantes ont relevé que les deux métiers n'étaient pas comparables. Pour elles en effet, la relation entre résident-e-s et animateurs ou entre résidents et assistantes en soins est différente. Les patients se confieront peut-être plus ponctuellement à elles pour des problèmes particuliers, tandis qu'avec les animateurs « *ils approfondiront peut-être d'autres choses* ». Sur ce point, deux animateurs-trices les rejoignent, en affirmant que pour les petits bobos, ou les difficultés matérielles, les résident-e-s s'adresseront aux soignantes, car ce sont elles qui font le lien avec la famille, alors que « *les bobos de l'âme* » seront partagés avec les personnes de l'animation. « Ils nous confient des choses différentes, mais dans les deux cas il y a une relation de proximité ».

Quatre assistantes pensent qu'elles ont une relation plus proche avec les résident-e-s, par le fait même d'entrer régulièrement dans leur intimité, lors de la toilette par exemple. Ces moments de soins favorisent la discussion et

le partage d'évènements personnels vécus par la personne âgée. La soignante se retrouve en effet seule avec le ou la résident-e, ce qui facilite les échanges, surtout s'il y a affinité entre le soignant et le soigné. « *Nous on a quand même un contact plus intime vu qu'on s'occupe de leur corps. C'est presque plus privilégié.* »

Les animateurs-trices eux-elles ne pensent pas que l'une ou l'autre relation avec la personne âgée est plus proche. Une des deux personnes ayant soulevé la problématique du « dominant-dominé » estime que la relation est plus saine entre ASC et résident-e-s, alors qu'elle est « *plus proche au niveau corporel au niveau des soins* ».

Ce qui ressort de ces réponses, c'est que les assistantes en soins pensent être plus proches des résident-e-s, surtout lors de la toilette. La majorité considère de plus que les animateurs-trices ont un rôle plus facile à assumer qu'elles. Quand à ces derniers-ères, ils mettent en avant le regard que les résident-e-s portent sur eux-elles, ainsi que leur rôle de « *confesseur* », de « *guérisseur de l'âme* ».

Tou-te-s estiment que les deux genres de relation ne sont pas comparables car tout à fait différents. Elles choisissent toutefois les mêmes portraits, à quelques exceptions près et les placent dans le même ordre. A quoi cela est-il dû ? Nous le verrons dans le chapitre suivant.

## Question n°6

### *Vision de la mort et de la vieillesse ?<sup>51</sup>*

Deux assistantes en soins à nouveau (voir question 3) ont ici abordé le thème de la mort. Elles nous ont avoué en avoir peur, surtout au début de la relation avec les résident-e-s. Une animatrice a aussi éprouvé cette peur. La vision du corps mort, sans vie, les impressionnait. « *Le thorax qui bouge pas, ça me faisait bizarre* », nous confie l'une d'elles. Toutes les trois souffrent aussi de voir des personnes auxquelles elles s'étaient attachées s'en aller, même si avec les années d'expérience et l'habitude, cette souffrance s'atténue.

Parallèlement à cette idée de la mort et en contradiction avec ces deux dernières opinions, une autre assistante raconte que la mort la passionne car « *c'est un moment privilégié avec la personne* ». Les soignantes s'occupent du mourant « *en l'installant pour qu'elle soit au mieux, en lui donnant à boire, etc...* » Pour elle, « *la mort, c'est le passage à quelque chose d'encore plus beau.* » Et si la famille est d'accord de laisser partir le mourant, c'est encore mieux selon elle. Elle n'a jamais rencontré des personnes qui regrettent d'être vieilles et qui se plaignent de leur beauté perdue. Par contre, elle voit souvent des résident-e-s qui « *regrettent de ne pas pouvoir partir plus vite* ». Toutes aimeraient garder une bonne image de la personne âgée, qui sourit et qui se montre contente d'être arrivée à ce stade. Une assistante reprend d'ailleurs le terme « *stade* » pour décrire la vieillesse : « *c'est un stade par où tu dois passer* », nous a-t-elle dit.

Trois animateurs-trices considèrent les personnes âgées comme « *des transmetteurs de savoirs, des puits de connaissances et d'Histoire* », et la vieillesse comme un processus. Pour l'un d'entre eux, les professionnel-le-s peuvent lire dans le corps ce qui se cache à l'intérieur, en particulier chez les personnes qui ne peuvent plus

<sup>51</sup> Nous n'avons pas ici posé de questions précises sur ce thème : les éléments rapportés ci-dessus sont apparus lors de la discussion.



utiliser la parole pour se faire comprendre. « *Oui, c'est le corps qui exprime ce qu'il y a à l'intérieur, souvent pour les personnes qui sont démentifiées* ». Un d'entre eux-elles, qui a fait de l'accompagnement de mourant durant son parcours professionnel, pense que le corps mort n'est finalement qu'une image. « *La mort fait partie de notre quotidien* ». Il ajoute que dans ce genre de métier, « *il faut être prêt à s'attacher et à se détacher très vite des résidants* », car la plupart ne séjourne en home que très peu de temps.

Enfin, une animatrice nous a confié ne pas avoir du tout peur de la vieillesse. Elle voit cette dernière comme un passage obligé. Toutefois, elle a plus d'appréhension face à la douleur, car « *même si on a des déficiences psychiques, on arrive quand même à se sentir pas trop mal* ».

Nous nous posons tout de même ici diverses questions liées à ces déficiences citées ci-dessus. Comment agir face à la multitude et à la complexité de ces atteintes psychiques et physiques ? Doit-on avoir un comportement spécifique pour chaque pathologie ? Nous tenterons d'apporter des réponses à ces interrogations dans le chapitre suivant, qui contiendra les commentaires de ces résultats. En définitive pour cette dernière question, les assistantes en soins avouent avoir eu peur de la mort au début de leur parcours professionnel, mais s'en être vite accommodé. Les animateurs-trices ont parlé d'une image de la personne âgée qui a encore des choses à apprendre, à donner. Pour eux-elles, il est important d' « *aller rapidement à l'essentiel* ».

En résumé, nous retiendrons des réponses des assistantes en soins un souci de se rendre utile, d'être efficace. Certaines ont soulevé le manque de temps, qui les empêche d'être plus proche de ces derniers-ères, à des moments où ils-elles pourraient avoir besoin de se confier. Tous ces termes relatifs au temps, « *aller rapidement* », « *être prêt à se détacher très vite* », montrent que pour certain-e-s professionnel-le-s, c'est un problème de plus qui se pose. En effet, comment répondre aux attentes de la personne sans prendre le temps tout d'abord d'identifier ces attentes, puis de trouver des moyens pour les combler ? Est-ce une simple question d'organisation, ou de répartition des tâches, ou encore de définition des priorités ? De plus, aussi bien les assistantes en soins que les animateurs-trices ont parlé de la mort et de l'attachement qui les liaient aux résident-e-s. Est-il plus facile de ne pas trop s'attacher à la personne, au risque de "rater" des bons moments, et ainsi de moins être touché-e émotionnellement par sa disparition ? En d'autres termes, doit-on se forcer à garder une distance avec les résident-e-s, pour s'épargner cette souffrance ? Une question prédomine à ce sujet : « *Peut-on réellement s'accommoder de la mort ?* » Nous tâcherons d'y apporter des réponses dans le chapitre suivant.

Un autre sujet, relevé par deux animateurs, est celui du rapport de force qui existe entre les professionnel-le-s et les résident-e-s. Il est en effet difficile de concevoir une relation d'aidant-aidé sans y inclure la notion de pouvoir. Nous supposons ici que c'est le degré de dépendance de la personne âgée qui définit le degré de pouvoir entre elle et le-la professionnel-le.

Une personne en chaise roulante, qui a besoin d'une aide pour se rendre aux toilettes, pour s'habiller, bref pour les gestes de la vie quotidienne (*cf incapacité fonctionnelle, voir chapitre 1*) ne va-t-elle pas se sentir "coincée" entre son envie d'être autonome et l'obligation d'attendre une aide pour *vivre correctement* ? Nous traiterons également ce point dans le chapitre 5, « Discussion ».

Enfin, la problématique de la proximité (intimité) du corps dans la relation avec les résident-e-s a également été abordée à plusieurs reprises. Nous avons tenté de donner des réponses à la question « la proximité du corps implique-t-elle nécessairement la proximité relationnelle ? », en établissant une sorte de comparaison entre les animateurs-trices et les assistantes en soins. Pour les premiers-ères, ils-elles ne sont pas plus proches des résident-ée-s que les soignantes. Les deux types de relation ne sont pas comparables, ils insistent d'ailleurs là-dessus. C'est ce qui les différencie en fait puisque la majorité des assistantes estime que leur relation avec les résident-e-s est effectivement plus intime que celle des animateurs-trices. Soins corporels obligent, elles développent ainsi une autre relation que celle qui pourrait voir le jour à l'animation. Les deux genres de professionnel-le-s parlent de la nature des confidences que leur font les résident-e-s. Chez les soignantes, il s'agira de soucis matériels, des « petits bobos » comme elles les appellent. Nous irons un peu plus loin dans cette analyse lors du chapitre suivant.

Nous retiendrons enfin que plusieurs professionnel-le-s interrogé-e-s ont retrouvé dans les portraits présentés des facettes de la personne âgée qu'ils et elles côtoient tous les jours, sans pour autant prétendre que la vieillesse se résume à six images. Par facettes, ils et elles parlaient des états de santé ou des attitudes des résident-e-s : la personne malade, dépendante, triste, satisfaite ou encore atteinte de démence.

A ce propos, nous avons constaté que le terme « démence » est apparu à maintes reprises. Cette caractéristique, de plus en plus présente chez les personnes qui entrent en EMS, fait globalement peur aux assistantes en soins. Elles ne s'attendaient effectivement pas à voir des personnes dans cet état avant d'œuvrer en milieu gériatrique, ce qui explique parfois leur étonnement face à certaines attitudes ou remarques émanant de ces personnes. Quant aux animateurs-trices, ils-elles essaient non pas de soigner ce mal, mais de permettre aux résident-e-s qui le subissent de se sentir libres de s'exprimer. Accepter que ces déficiences existent et qu'on ne peut pas y remédier complètement fait partie de l'apprentissage des professionnel-le-s des homes. Quels sont à ce moment les buts que peuvent raisonnablement se fixer les travailleurs-ses sociaux-ales et les soignante-e-s, en accord avec la pathologie de la personne et son état de santé physique ? Comment aider ces personnes désorientées dans le temps et l'espace ? L'objectif général, fixé par le canton, qui est le maintien de la vie sociale est-il réalisable ?

Toutes les questions ci-dessus trouveront leurs réponses dans le dernier chapitre ainsi que dans la conclusion de ce travail. Nous allons nous appuyer sur les réponses apportées lors des entretiens, puis les confronter aux cadres théoriques explicités au début de ce travail, afin de les discuter. Ce dernier chapitre reprendra les thèmes exposés ci-dessus et qui sont : les représentations de la vieillesse, le rapport au corps et à la mort, ou encore la notion du temps.

## CHAPITRE 5 : DISCUSSION

La synthèse des entretiens nous a permis de repérer des éléments pertinents pour la suite de notre travail. Certaines remarques ou termes utilisés par les professionnel-le-s interviewé-e-s nous ont en effet interpellée. Nous nous sommes alors posé les questions suivantes :

- Quels termes ou expressions reviennent le plus souvent, ASC et ASSC confondus ?
- Quelles réflexions sont communes aux deux professions ?
- Quelle(s) image(s) de la vieillesse ressort(ent) de ces entretiens ?
- Le rapport au corps est-il fondamentalement différent entre ASC et ASSC? Si oui, en quoi est-il différent?
- Ainsi que toutes les autres questions citées dans le chapitre précédent : « Résultats ».

Dans ce chapitre, nous reprendrons les divers thèmes susmentionnés un par un, en y intégrant les réponses et réflexions relatives à nos interrogations. Ces thèmes ont émergé de l'analyse des résultats. Nous les confronterons aux concepts théoriques explicités dans le chapitre 2. Dans un premier temps, nous parlerons de tout ce qui touche à l'image et aux représentations de la vieillesse. Puis, nous nous centrerons sur les aspects plus directement liés à la relation professionnelle avec les personnes âgées. Ce dernier point fera partie des recommandations que nous souhaitons proposer aux professionnel-le-s des EMS.

Mais auparavant, il nous semble important de revenir sur les portraits que nous avons sélectionnés comme supports à nos entretiens.

### 5.1. L'importance du support visuel

En choisissant les six portraits commentés au chapitre 3, nous avons voulu montrer les différentes facettes qui pouvaient être liées aux "vieux". Les artistes qui ont représenté ces hommes et ces femmes l'ont fait selon leur vision de la vieillesse, selon leurs propres représentations sociales de la personne âgée. Certains d'une manière très idéalisée, d'autres en allant chercher "le côté dérangeant" de la personne, imperceptible au premier regard. Le seul tableau qui ne représente pas réellement une personne âgée est le portrait numéro 1. Son auteur, Otto Dix, influencé par le mouvement expressionniste allemand<sup>52</sup>, utilise des couleurs chaudes et vives pour peindre une femme osseuse, aux traits exagérés. Sa vision nous paraissait très loin du-de la résident-e type d'un EMS, mais elle pouvait en même temps être attachée à une forme de la vieillesse, par son sourire proche de la folie, la maigreur de son visage. Elle pourrait même être une vision de La Mort. Pour nous, cette femme ressemble à certain-e-s résident-e-s connu-e-s lors de notre stage. Le portrait n° 5 lui fait référence aux "participant-e-s type" des ateliers que nous avons mis en place en animation.

---

<sup>52</sup> Voir annexe n° 2 : biographies des artistes  
Séraphine Mettan, ASC, HES 04, PT

L'image n°6, elle, nous renvoie directement à nos grands-parents. Quant aux tableaux 2, 3 et 4, ils font état d'une vieillesse plus "âpre", davantage marquée par la douleur ou les difficultés de la vie. Ces tableaux, dans l'ordre où nous les avons numérotés, partent donc d'une vieillesse difficile à regarder, à identifier et finissent par une vieillesse idéalisée, proche de la figure de la grand-maman. Ils peuvent être séparés en deux parties : la première partie, allant des tableaux 1 à 4, reflète une vieillesse presque ingrate, dure. La deuxième, constituée des images 5 et 6 montre une vieillesse plus neutre, gentille, lisse. Ainsi, tel que décrit dans les références théoriques, ces 6 portraits nous permettaient de balayer les représentations sociales de la vieillesse – de la vieillesse ingrate, à connotation négative, à la vieillesse épanouie, plus positive, en passant par ce que l'auteur nomme « la catégorie générale de la grand-mère »<sup>53</sup>.

Le but premier et avoué était, par le biais de ces portraits, d'inciter les professionnel-le-s à parler de leur quotidien, de leur relation avec les pensionnaires de leur home. Nous l'avons en effet souligné dans le chapitre 3, il nous paraissait évident d'utiliser un support *visuel* pour parler de la *vision* de la vieillesse. Le but caché toutefois, était de voir si les personnes interviewées avaient les mêmes représentations que nous et quels impacts ces images avaient sur elles. Nous souhaitions également soulever des thèmes liés à l'expression des portraits de la première partie (n°1 à 4). Si nous n'avions pas opté pour ce type de support, nous pensons que cela aurait été moins évident d'obtenir des réponses intéressantes à nos questions. Toutefois, ce dernier n'a pas eu l'effet escompté, car peu de personnes interrogées ont parlé de ce que leur évoquait vraiment les portraits 1, 2 et même 3. Nous y reviendrons dans la conclusion de ce travail.

## 5.2. Analyse des thèmes apparus lors des entretiens

### 5.2.1. Image(s) de la vieillesse

Le fait que les assistantes en soins aient opté pour le même classement, à quelques images près, que les animateurs-trices, montrent qu'ils et elles perçoivent la vieillesse de la même façon. Leur choix révèle également à quel point leurs représentations sont ancrées dans leur pensée et dans leur analyse. Tous les mécanismes de constructions sociales expliqués par Guillemi dans son ouvrage prennent en effet une place très importante lorsqu'ils-elles visualisent des personnes âgées. Ce qu'il décrit comme « l'ancrage », c'est-à-dire « *l'enracinement de la représentation dans le système de pensée pré-existant* »<sup>54</sup>, a été le révélateur de leur système de sélection des images.

<sup>53</sup> HENRARD, J.C. *Vieillesse et âge, âge et représentation de la vieillesse* In : *Actualité et dossier en santé publique*. N° 21. Décembre 1997.

<sup>54</sup> GUIMELLI, C. *La pensée sociale*. Ed. PUF. Coll. Que Sais-je ? 1999. p. 67.

Ainsi, lorsqu'elles ont classé les différents portraits, les personnes interrogées, et plus particulièrement les soignantes, ont utilisé tous les principes d'ordination du réel explicités par Moscovici : le principe de répétition, qui consiste en « *la reconduction préférentielle de modèles familiers* » (cf choix de l'image n° 6, *reflet de la grand-mère type*), celui d'« exemplification », « *le cas unique qui va dans le sens attendu* » ou encore celui de la « confirmation sélective », qui « *met en avant la valorisation de tout ce qui répond aux attentes et aux croyances d'un groupe* »<sup>55</sup>.

De plus, nous avons vu dans le deuxième chapitre que l'image de la vieillesse dite du quatrième âge et des personnes très âgées était en général plutôt négative. En effet, « *les stéréotypes associés aux vieux en tant qu'entité globale, sont particulièrement déprimants et éloignés de la situation réelle de la grande majorité des personnes âgées* »<sup>56</sup>. Pour deux animatrices, la vieillesse est « *un stade par où (nous devons) passer* ». L'utilisation du verbe « *devoir* » laisse sous-entendre que l'idée qu'elles se font de leur future vieillesse est négative, comme si cette dernière était une fatalité, un passage obligé, qui ne les réjouit guère. Elles pourront évidemment accepter cet état de fait, mais nous ne pouvons l'affirmer.

Ce n'est toutefois pas le cas pour tou-te-s les professionnel-le-s interrogé-e-s, du moins pas au moment des entretiens. Pour deux animatrices en effet, la vieillesse est « un processus ». Cette définition nous paraît déjà plus positive. D'après la définition même du mot « processus »<sup>57</sup>, cela signifierait que la vieillesse serait pour eux-elles, une période de mouvements, durant laquelle surviennent de nombreux changements, familiaux, sociaux, mais aussi sanitaires. Ce ne serait donc pas un état figé, ni catastrophique. Quant aux personnes âgées elles-mêmes, elles sont perçues comme des « *transmetteurs de savoirs, des puits de science et de connaissance et d'Histoire* ». Pour les deux animateurs-trices auteurs de cette définition, ce sont donc des personnes qui ont encore des choses à faire partager, mais également à apprendre. Cette qualification implique qu'on leur doive le respect car elles ont davantage d'expérience et ont acquis pour la plupart une certaine sagesse.

Enfin, si les assistantes en soins ont été influencées par les processus de la pensée sociale décrits par Gillemi, c'est également le cas pour les animateurs-trices. En effet, en proposant tou-te-s la même vision, positive, de la personne âgée, ils-elles répondent au principe de catégorisation, qui consiste à « *faciliter l'identification des objets qui nous entourent en les mettant par groupes selon leurs ressemblances ou différences* »<sup>58</sup>.

Pour eux-elles, les résidant-e-s qu'ils-elles voient tous les jours, ceux-celles qui participent aux ateliers, feraient donc partie d'une catégorie de personnes globalement en bonne santé, qui sont encore à même de transmettre leur(s) savoir(s) et leur culture.

<sup>55</sup> GUIMELLI, C. *La pensée sociale*. Ed. PUF. Coll. Que Sais-je ? 1999. pp. 74-75.

<sup>56</sup> COUDIN, G. BEAUFILS, B. *Les représentations relatives aux personnes âgées*. In : Actualité et dossier en santé publique n°21. Décembre 1997. Pp 12-14.

<sup>57</sup> Le mot « processus » vient du latin *pro* (qui signifie « pour », « dans le sens de ») et de *cessus*, *cedere* (aller, marcher) ce qui signifie donc aller vers l'avant, avancer. Ce mot est également à l'origine du mot *procédure* qui désigne plutôt la stratégie du changement. De façon générique, le mot *processus* désigne une suite d'états ou de phases de l'organisation d'une opération ou d'une transformation. Définition tirée du site internet Wikipedia Encyclopédie. *Processus*. [En ligne] Adresse URL : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Processus>. (Page consultée le 24 novembre 2007).

<sup>58</sup> GUIMELLI, C. *La pensée sociale*. Ed. PUF. Coll. Que Sais-je ? 1999. p. 67

### 5.2.2. Le rapport au corps

Eliane Schenevey Perroulaz, dans son mémoire de fin d'études en Sciences de l'Education, définit ainsi le rapport qu'entretiennent les professionnels des soins au corps soigné : « *il est tout d'abord de l'ordre de l'approche, dans une vision topographique et sensorielle : des émotions, des stratégies sont décrites pour approcher le patient et son corps. Ensuite, un rapport au corps plus relationnel, fait de liaison-déliaison, des dépendances, des interdépendances, émerge de la rencontre du patient et de son corps.* » Elle ajoute qu'« *une partie de ce qui se noue dans ce rapport au corps est probablement inconscient et porte sur des questions et des enjeux intimes* »<sup>59</sup>.

Nous avons pu illustrer ce propos grâce aux portraits que les assistantes en soins ont choisis pour les deux premières questions de notre entretien. Nous avons en effet constaté que, inconsciemment, par le fait même d'avoir choisi des images éloignées de leur pratique, elles avaient révélé une idéalisation de la personne âgée qu'elles côtoient au quotidien. Par là même, elles ont peut-être refoulé des peurs liées à la vision de la nudité, au "corps vieux", à la démence.

« *Dans les soins au corps, les émotions sont présentes, gigantesques même ; inutile de les nier. Mais sans une réflexion, sans cette mise en sens, l'envahissement provoque une mise à distance des situations trop lourdes, une forme de neutralité ou bien encore une absence d'affectivité.* »<sup>60</sup> C'est cette mise à distance qui touche également les soignantes. En effet, les difficultés évoquées liées à la vision du corps nu, malade, qui affectent plus moins fortement les assistantes en soins ne devraient-elles pas leur faire choisir, lorsque l'on évoque la vision de la personne âgée, les images 3 et 2, qui montrent des signes plus évidents de démence ou de maladie, plutôt que les portraits 5 et 6 ? Leur choix relève-t-il de mécanismes de défense ? Pour éviter d'être touchées par la détresse du regard d'un-e résident-e ou par son corps exposé, elles préféreraient idéaliser l'image qu'elles en ont. Ces mécanismes sont également utilisés par des étudiant-e-s en soins infirmiers dans l'approche du corps. « *Une centration sur le faire, faire semblant, devenir plus mécanique, faire plus vite, éviter ou oublier, la dissociation,...* »<sup>61</sup> sont autant de stratégies développées par ces derniers-ères pour faire face à la proximité du corps. Vouloir garder une bonne image de la personne âgée et se persuader qu'elle est réelle, serait une façon inconsciente de se protéger de l'impact que cette vision du corps engendre. Et cela est compréhensible ; en effet, « *cette approche du corps relève bien de l'épreuve. Si elle est jaillissement d'émotions, elle est également impuissance et solitude.* »<sup>62</sup>

Les animateurs-trices ont également une vision de la personne âgée qui trahit une mise à distance d'une certaine vieillesse. Ils-elles ont effectivement moins de contacts avec les résident-e-s qui sont gravement atteint-e-s dans leur santé physique ou mentale, même s'ils-elles les voient lorsqu'ils-elles effectuent des visites dans les

<sup>59</sup> SCHENEVEY PERROULAZ, E. *L'apprentissage de l'approche du corps dans la formation en soins infirmiers*. Mémoire de maîtrise en sciences de l'éducation. 2002

<sup>60</sup> SCHENEVEY PERROULAZ, E. *ibid*, p. 87

<sup>61</sup> SCHENEVEY PERROULAZ, E. *ibid*, pp. 91-93

<sup>62</sup> SCHENEVEY PERROULAZ, E. *ibid*, p. 89

chambres. Auraient-ils-elles la même représentation de la vieillesse s'ils-elles côtoyaient plus fréquemment ces résident-e-s?

De plus, que dire des animatrices qui font appel à une assistante en soins dès qu'un-e résident-e doit se rendre aux toilettes? Le font-elles uniquement parce que cette tâche ne fait pas partie de leur(s) rôle(s)? Nous ne nous attarderons pas sur ce point mais nous relevons ici que ce "passage de témoin" peut également être une façon de se protéger de l'intimité du corps à corps avec la personne âgée.

### 5.2.3. Proximité-intimité

« *La proximité physique implique-t-elle la proximité affective ?* »

C'est parfois dans les moments insolites, ne se prêtant pas forcément aux échanges, que le dialogue s'installe. Cette réflexion nous a été inspirée par plusieurs témoignages d'infirmiers-ères en formation, relatés dans l'ouvrage de Marie-Annick Delomel sur la toilette intime des personnes âgées<sup>63</sup>. Ces jeunes apprenant-e-s faisaient l'expérience des soins corporels auprès des patients d'un hôpital. Ils et elles avaient constaté que pendant ces moments de proximité physique, où la gêne était souvent présente, la discussion devenait plus personnelle car les patients se confiaient à eux sans fausse pudeur. Pour eux-elles, c'était comme si le fait de ne plus rien avoir à cacher physiquement laissait le champ libre à des confessions plus inhabituelles: soit pour dissiper un malaise lié à la nudité, soit pour "faire diversion", ou tout simplement parce que le contexte incitait à des échanges plus rapprochés.

Dans le chapitre « Le rapport au corps » de son mémoire, Eliane Schenevey Perroulaz expose également divers témoignages de jeunes infirmiers-ères en prise avec le corps : en début de vie, au seuil de la mort, malade ou encore fragilisé. Ces jeunes parlent du premier corps sans vie qu'ils-elles ont vu, de ce qu'ils-elles ont ressenti, de l'ambiguïté du toucher, de l'affectivité, etc... Pour certains, ce toucher est interdit, pour d'autres, il est conseillé. « *J'étais gênée, stressée, j'avais peur... Je pense que la toilette est un moment d'intimité avec la personne, on lui doit le respect.* »<sup>64</sup> D'autres émotions sont susceptibles de parasiter la relation professionnelle avec la personne âgée : la « *peur de violer la personne, peur d'être trop insistant, trop proche, de ne plus être professionnel, ... mais en même temps envie d'être proche, de toucher, de prendre dans ses bras, de réconforter, telle est l'ambivalence du toucher.* »<sup>65</sup> Cette peur peut rapprocher la soignante du soigné-e, tout comme elle peut l'en détacher.

Nous tenons à souligner ici que cette peur a davantage été soulevée par les soignantes. Le fait qu'elles soient jeunes (cinq d'entre elles ont entre 20 et 25 ans) et qu'elles aient par conséquent moins d'expérience que leurs aînées peut rendre leur approche du corps plus ardue. Les animateurs-trices ont au contraire tou-te-s au moins

<sup>63</sup> DELOMEL, M-A. *La toilette dévoilée. Analyse d'une réalité et perspectives soignantes*. Paris : Ed. Seli Arslan, 1999.

<sup>64</sup> SCHENEVEY PERROULAZ, E. *L'apprentissage de l'approche du corps dans la formation en soins infirmiers*. Mémoire de maîtrise en sciences de l'éducation. 2002. P. 78

<sup>65</sup> SCHENEVEY PERROULAZ, E. *ibid.* p. 85

cinq années d'expérience dans le domaine de l'animation. Ils-elles ont par conséquent eu le temps de s'habituer à la relation avec les résident-e-s. Cette habitude peut être la cause de leur vision plus positive de la personne âgée.

De plus, souvent, le-la soignant-e est seul-e avec le-la résident-e pour accomplir ce type de soins. Il n'y a en général dans ces moments aucun-e autre résident-e qui pourrait "prendre la place de...", ni une infirmière qui pourrait "faire pression" sur... C'est une relation d'individu à individu, personnelle, malgré la nature de la tâche. Nous pensons que c'est là une des dissemblances à souligner entre les deux genres de relation qu'entretiennent soit les animatrices soit les assistantes en soins avec les résident-e-s. Pour les animatrices, les ateliers se déroulent en groupe. L'attention du-de la professionnel-le est donc moins centrée sur un individu et les rapports moins personnels. Par ailleurs, l'état de santé physique et mentale dans lequel les pensionnaires se trouvent en participant à ces ateliers n'est souvent pas le même que celui qu'ils-elles montraient dans leur unité. *« Si le soir vous êtes avec quelqu'un ou le matin, dans les soins souvent les gens sont angoissés parce que c'est difficile de se lever, elles se trouvent face à leur corps qui va pas. »*<sup>66</sup>, nous a révélé une des soignantes. Les résident-e-s ne passent effectivement que de courts instants en ateliers d'animation, et qui plus jamais aux heures réputées difficiles, comme celle du lever ou du coucher. Le fait de partager les moments désagréables du-de la résident-e peut nous rapprocher ou nous éloigner de lui-d'elle.

Les assistantes en soins ont estimé avoir davantage de proximité avec les résident-e-s que les animateurs-trices. Pour toutes les raisons évoquées ci-dessus, nous le pensons également. Toutefois, nous avons relevé que le choix des photos réalisé lors des entretiens témoignait plutôt du contraire. En effet, le fait de préférer une image idéalisée de la personne âgée révèle une certaine mise à distance, en particulier lors des soins, entre les soignantes et le soigné. La proximité physique ne signifie donc pas nécessairement, dans ce cas du moins, une réelle proximité affective. Nous apporterons une conclusion à cette problématique dans le dernier chapitre de ce travail. Quant aux animateurs-trices, le fait qu'ils-elles aient choisi globalement les mêmes images que les assistantes en soins montre qu'ils-elles ont eux-elles aussi une vision positive, idéale, de la vieillesse : une vieillesse qu'ils-elles retrouvent lors des ateliers, mais qu'ils-elles ne côtoient que très rarement dans les étages. Ils-elles peuvent donc être proches de certain-e-s résident-e-s participant aux animations, tout en étant éloigné-e-s de ceux-celles qui ne peuvent ou ne veulent pas y participer.

#### 5.2.4. La mort en EMS

---

<sup>66</sup> Citation d'une personne interrogée lors des entretiens  
Séraphine Mettan, ASC, HES 04, PT



Les personnes âgées arrivent en EMS toujours plus dépendantes, nous l'avons souligné au début de ce travail. Elles y entrent également à un âge toujours plus avancé et y vivent de moins en moins longtemps. Le nombre de décès par année dans un home est important : 25 % de la population est renouvelée en une année<sup>67</sup>. Par ailleurs, si leur devoir est de faire en sorte que leur "fin de vie" soit de qualité, quels objectifs peuvent raisonnablement fixer les professionnel-le-s durant le laps de temps passé avec les résident-e-s ? Cette question nous amène à un thème apparu à maintes reprises lors de nos entretiens et dont nous souhaitons parler, la mort, et à la question corollaire : « peut-on s'en accommoder ? ». Reprenons brièvement les remarques des professionnel-le-s à ce sujet. La plupart des personnes interrogées ont peur de voir mourir une personne avec laquelle elles avaient tissé des liens. Il est en effet difficile de se séparer de quelqu'un auquel nous nous étions attachés. Il est d'autant plus dur de s'en détacher lorsque nous commençons à peine à la connaître. S'il n'est pas évident d'accepter la perte d'un proche en temps normal, il l'est encore moins lorsque ces pertes sont fréquentes et parfois inattendues. C'est le cas dans les EMS.

Par ailleurs, selon Eliane Schenevey Perroulaz, « *des pensées archaïques profondes sont réveillées par la vision de la coloration du mort et par les sensations de froideur et de raideur du cadavre. (...) La mort est envahissante et contagieuse, emmenant avec elle ceux qui tentent seulement d'accompagner les mourants au seuil de cette finitude.* »<sup>68</sup>. Elle ajoute que « *le dernier corps rencontré par les étudiants, le cadavre, est bien plus effrayant.* ». Comment s'en accommoder, ou comment s'en prévenir ?

Une des solutions, préconisée par l'auteur de ces citations, serait d'être entraîné pendant la phase de formation théorique. Elle insiste à ce propos sur la parole et l'échange comme moyens de se préparer à l'exercice des soins intimes et à la vision du corps mourant. Il serait donc efficace d'encourager les étudiant-e-s à parler de leurs angoisses et de leurs représentations avant qu'ils-elles n'effectuent leur premier stage pratique. Nous serions favorable à encourager la mise sur pied de modules sur la communication autour du corps et de la mort pour les assistantes en soins, ainsi que pour les animateurs-trices. Certain-e-s d'entre eux-elles nous ont d'ailleurs révélé avoir suivi des cours sur l'accompagnement de mourants, cours qui les avaient aidés à apprivoiser la proximité de la mort sur leur lieu de travail. Des modules de sensibilisation à cet accompagnement pourraient être proposés dans le cadre de la formation d'animateur-trice en psycho-gériatrie.

Dans le choix opéré par les animateurs-trices, nous constatons que ce rapport à la mort est plus différé que pour les assistantes en soins, qui ont un contact visuel direct avec le corps du mourant. Les professionnel-le-s de l'animation ont également affaire aux disparitions, mais ils-elles ne vivent en général pas ce rapport au corps. C'est

<sup>67</sup> Etablissements médico-sociaux pour personnes âgées, statistiques 1998-2002, Dépt de la santé, des affaires sociales et de l'énergie du canton du Valais, Sion, 2003.

<sup>68</sup> SCHENEVEY PERROULAZ, E. *L'apprentissage de l'approche du corps dans la formation en soins infirmiers*. Mémoire de maîtrise en sciences de l'éducation. 2002. p. 85

pourquoi ils-elles en parlent d'une manière indirecte, presque détachée. Ils-elles n'ont en effet pas la vision de ce « dernier cadavre », cité par Eliane Schenevey Perroulaz.

Relevons encore que la durée moyenne de résidence en EMS est d'un peu plus de deux ans<sup>69</sup>. Cette période est brève, si l'on considère qu'il faut déjà à la personne un temps important pour se faire à son nouvel environnement. Elle l'est d'autant plus lorsque, au cours du temps passé dans l'institution, cette personne perd ses facultés physiques et mentales. Il serait cependant injustifié et non professionnel, autant pour une assistante en soins que pour une animatrice, de prétendre : « à quoi cela sert-il de s'occuper de cette personne puisque de toute façon elle va partir dans très peu de temps ? ». En effet, c'est justement en étant conscient que la mort peut survenir n'importe quand et plus rapidement qu'on ne le pense que nous pouvons fixer des objectifs appropriés à la relation avec le-la résident-e. La proximité de la mort ne doit pas être un critère d'aide mais une raison d'accomplir son travail au mieux et de répondre aux besoins de toutes les personnes que l'on côtoie, quel que soit leur degré de dépendance, leur souffrance ou leur maladie.

Enfin, plusieurs personnes interrogées nous ont avoué que le temps leur faisait trop souvent défaut. Elles estimaient effectivement qu'elles pourraient avoir davantage de moments pour discuter avec le-la résident-e, l'écouter, le-la soutenir. Ces échanges prennent souvent place pendant les moments d'intimité, ce qu'elles déplorent. Nous trouvons cela d'autant plus dommage que ce sont les résident-e-s qui en pâtissent. Si nous revenons à la philosophie institutionnelle prônée par le home F., il est nécessaire de prendre ce temps pour « *préserver l'identité de la personne âgée, particulièrement par l'encouragement de son autonomie et de sa responsabilité à l'égard d'elle-même, par l'écoute de ses besoins psychiques, physiologiques, spirituels et intellectuels, ainsi que par le respect de ses habitudes de vie et par l'aménagement de son environnement.* »<sup>70</sup> Il serait donc souhaitable d'aménager du temps, voire un espace, pour que cette écoute des besoins puisse être réalisée, aussi bien par le personnel soignant que par les animateurs-trices, et ce dès l'entrée dans le home.

### 5.2.5. Les différences de relations professionnelles entre ASSC – ASC

Nous l'avons soulevé dans le chapitre précédent, les animateurs-trices estiment jouer le rôle de confesseurs et être ainsi des guérisseurs de l'âme, au contraire des assistantes en soins qui veilleraient elles au maintien de l'hygiène corporelle et de la santé physique des résident-e-s.

Toutefois, si nous reprenons ce que nous avons évoqué dans le point 5.2.3 de ce chapitre, les soignantes ont aussi un rôle de confesseur à endosser, puisque c'est justement pendant la toilette que les langues se délient. Qu'est-ce qui différencie alors les deux professions pour ce qui est des confidences ? La nature de ces confidences serait différente. Comme nous l'avons souligné dans le chapitre des résultats, elle serait faite de

<sup>69</sup> Etablissements médico-sociaux pour personnes âgées, statistiques 1998-2002, Dépt de la santé, des affaires sociales et de l'énergie du canton du Valais, Sion, 2003.

<sup>70</sup> Informations recueillies auprès du directeur du home dans lequel nous avons effectué nos entretiens avec les assistantes en soins.

demandes matérielles (car ce sont elles qui font le lien avec la famille) ou de "petits bobos" pour les aides-soignantes, et d'angoisses existentielles pour les animateurs-trices.

« *Le port de la blouse blanche n'oblige pas la neutralité émotionnelle, mais ne protège pas non plus de la cruauté de la vie.* »<sup>71</sup> Voilà une autre différence entre animateurs-trices et assistantes en soins. Les animateurs-trices ne portent effectivement pas de blouse, synonyme de contraintes et d'obligation pour certain-e-s résident-e-s. Le simple fait de porter une marque d'identification professionnelle pourrait ainsi provoquer une réaction de rejet chez ces personnes et mettre une barrière entre elles et la soignante. Cette identification peut porter à préjudice, lorsque, selon Eliane Schenevey Perroulaz, « *se cacher derrière le rôle dans une forme de neutralité bienveillante ne permet pas la rencontre* ». Les animateurs-trices sont-ils-elles amené-e-s à porter dans le futur des habits de travail qui les différencient des soignants mais les rattachent au « groupe animation » ? Si ce ne devait pas être le cas, ils-elles continueraient à être privilégié-e-s. En effet, le fait d'être habillé "en civil" – même revêtu d'une blouse ou autre signe distinctif – rend l'approche de la personne âgée plus naturelle, presque plus facile, car il n'est pas directement lié à l'établissement. Les animateurs-trices n'exigent rien, ils-elles proposent, ils-elles sont en somme assimilé-e-s à la population extérieure au home. C'est d'ailleurs ce qui fait dire à certain-e-s, entre autres, qu'ils-elles ont le « beau rôle ».

De plus, le fait que la population des EMS côtoyée par les animateurs-trices n'est vraisemblablement pas la même que celle dont ont la charge les soignantes distingue également les deux types de relation. En effet, les personnes gravement atteintes dans leur santé morale ou physique ne participent pas ou très peu aux activités mises en place par l'équipe d'animation. Nous l'avons remarqué lors de notre travail dans un home du canton. Les deux professions n'ont ainsi pas affaire aux mêmes personnes, du moins pas aux mêmes moments de la journée.

Une autre différence, plus subtile, réside dans le regard que les résident-e-s portent sur les professionnel-le-s et vice-versa. Une des animatrices interviewées, lorsque nous lui avons demandé si son regard sur les pensionnaires avait changé depuis qu'elle travaillait en home, a répondu que c'est elle qui avait « *bien voulu les regarder autrement* ».

La grande différence entre ses deux métiers se situe toutefois au niveau des rôles et des missions attribués à chacun. Reprenons-les maintenant pour mieux les différencier.

Le but général de l'animation en EMS est de « *maintenir la personne âgée dans sa réalité relationnelle et sociale quotidienne en lui donnant les outils d'une représentation positive de soi.* »<sup>72</sup> L'animateur-trice est donc celui-celle

<sup>71</sup> SCHENEVEY PERROULAZ, E. *L'apprentissage de l'approche du corps dans la formation en soins infirmiers*. Mémoire de maîtrise en sciences de l'éducation. 2002. p. 78

<sup>72</sup> VERCAUTEREN, R. HERVY, B. *L'animation dans les établissements pour personnes âgées. Manuel des pratiques professionnelles*. Ramonville Saint-Agne : Ed. érès. Coll. Pratiques gérontologiques. 2002.

qui fournit ces outils et se porte garant-e de leur efficacité. L'assistante en soins, elle, « *participe à l'accompagnement de la personne âgée en situation de crise ou en fin de vie (et) collabore dans le domaine des soins médico-techniques* ». Nous pouvons donc conclure que, plus qu'elles ne s'opposent, les deux professions se complètent. Preuve en est la citation suivante, par Vercauteren : « *l'animation est nécessaire pour répondre à un type de besoins bien spécifiques, qui n'est pas seulement biologique ou sanitaire, mais qui relève de la nature psycho-sociale de l'individu* »<sup>73</sup>. En effet, si l'assistante en soins s'occupe des besoins biologiques de l'individu, l'animateur-trice lui-elle, se centre sur ses besoins sociaux : si ces deux types de besoins sont satisfaits, la personne âgée devrait, dans l'absolu, être elle aussi satisfaite. Enfin, ce qui est similaire aux deux professions, c'est, comme l'a montré Virginia Henderson dans sa théorie sur l'être bio-psycho-social, le fait de « *distinguer, à partir de l'état de la personne soignée, le(s) besoin(s) qui ne sont pas comblés et de (définir) l'aide appropriée* ».

#### 5.2.6. Les enjeux de la relation professionnelle

##### *Le rapport dominant-e-dominé-e*

Nous avons vu dans le chapitre 4 qu'une des différences entre ASC (animation) et ASSC (soins), consistait en ceci : les animatrices n'obligent pas les résident-e-s à participer aux ateliers, alors que les assistantes sont parfois amenées à contraindre la personne à se laver, à manger, etc.. De plus, certaines personnes dépendent du personnel soignant pour vivre. « *Si je suis malpolie ou agressive envers une soignante, elle va m'en vouloir et ne pas bien s'occuper de moi la prochaine fois que j'aurai besoin d'elle* », voilà ce que pourraient dire certaines personnes âgées. Ces personnes, en chaise pour la plupart, dépendent presque entièrement d'une aide. Il existerait donc un rapport "dominant-dominé" entre le-la soigné-e et le-la soignant-e, des enjeux de pouvoir en quelque sorte, qui peuvent fausser la relation. Nous avons d'ailleurs suggéré auparavant que c'est le degré de dépendance de la personne âgée qui définit le degré de pouvoir entre elle et le-la professionnel-le. Par « *dépendance* », nous entendons ici « *l'état biologique individuel lié à l'âge, comme incapacité et comme besoin d'aide à sens unique* » (Ennuyer, 1998)<sup>74</sup>. Ce rapport de force est moins présent chez les animateurs-trices car ceux-celles-ci leur laissent le choix de participer ou non aux animations. Parallèlement, le fait de décider de limiter l'accès des ateliers à certain-e-s et de délimiter le temps que les participant-e-s peuvent y passer, est également, dans l'absolu, une forme de pouvoir.

Ces enjeux de pouvoir peuvent être des freins à une relation de confiance entre professionnel-le-s et usagers-ères. Ils peuvent également modifier le regard que les résident-e-s posent sur les animateurs-trices ou les assistantes en soins et influencer par là même l'image que ces derniers-ères se font de la personne âgée.

#### 5.2.7. Recommandations à l'usage des professionnel-le-s

---

<sup>73</sup> Ibid. p. 30

<sup>74</sup> HUMMEL, C. *Qu'en faut-il faire, Réflexions sur la construction sociale des troisième et quatrième âges*. In : Carnets de bord N°3. Genève, 2002. Pp 68-77.

Une assistante en soins nous a fait remarquer que son objectif au quotidien était de « *faire en sorte que leur fin de vie soit belle* », que les personnes dont elle a la charge « *arrivent le plus loin possible, le mieux possible* ». Les animateurs-trices estiment eux-elles qu'ils-elles sont là pour leur permettre de s'exprimer, de partager, et de retrouver « *un semblant de vie normale, la vie d'avant* ». Si les deux types de relation entre soignantes-résident-e-s et animateurs-trices-résident-e-s sont tout à fait différents, de par les rôles même attribués à chaque profession, nous nous permettons ici de mettre en commun les buts des premières et des second-e-s.

En effet, le but de ces professionnel-le-s n'est-il pas de faire en sorte que leur vie, qu'elle touche à sa fin ou non, soit la plus agréable "à vivre" ? Les moyens certes diffèrent, les attentes des pensionnaires également, mais les deux professions sont censées travailler ensemble dans la même optique, car les besoins fondamentaux restent identiques, que les résident-e-s soient dans une unité ou en salle d'animation. Il existe juste plusieurs types de professionnel-le-s à qui les personnes âgées peuvent s'adresser pour les combler.

Les animateurs-trices ont peut-être ce que l'on appelle le « *beau rôle* », comme l'ont elles-mêmes exprimé deux animatrices. En effet, ils-elles n'ont pas à s'occuper de tâches qualifiées de "lourdes", comme les soins d'hygiène corporelle intime. Cependant, ils et elles rencontrent d'autres difficultés liées à l'efficacité de leur action : qui va oser remettre en question l'utilité d'un soin corporel ou d'une aide pendant les repas ? Le bien-fondé d'une action d'animation qui se veut ludique ou culturelle n'est en effet pas toujours approuvé par les autres professionnel-le-s de l'établissement. Pourquoi cela ? Car, bien souvent, et au vu de l'état de santé toujours plus grave de la plupart des résident-e-s (*voir chapitre 1, point 1.1*), la nécessité de telles animations n'est pas vérifiable.

Comment justifier en effet les bienfaits d'une action (collective ou individuelle) auprès d'une personne qui souffre d'un syndrome tel que celui d'Alzheimer ou d'une quelconque démence ? Leur santé psychique va-t-elle s'améliorer grâce à la répétition de cette action ? Si oui, comment le prouver ? Quel moyen concret a-t-on pour le faire ? Ces questions sont de l'ordre de la rhétorique car la réponse implicite est « non ». Comment en effet demander à une personne dont la mémoire est défaillante si le bricolage ou la visite qu'elle a effectuée une heure auparavant lui a plu ? Certes, les animateurs-trices peuvent rapporter des sourires, des paroles positives que cette personne aurait prononcées au moment même de l'activité pour montrer que celle-ci lui a fait du bien. Mais cela est-il suffisant pour justifier leur action ? Voilà un problème récurrent pour les professionnel-le-s de l'animation.

### *Vers une collaboration plus étroite entre les soins et l'animation ?*

La mission générale des EMS, telle qu'elle a été définie par l'Etat du Valais<sup>75</sup>, est d'offrir des prestations de soins, de thérapie et de surveillance médicale, dans le cadre de la prise en charge stationnaire des personnes âgées et

<sup>75</sup> *Concept valaisan des établissements médico-sociaux et des autres institutions pour personnes âgées*. Dépt de la santé, des affaires sociales et de l'énergie du canton du Valais. 1999.  
Séraphine Mettan, ASC, HES 04, PT

de maintenir les personnes âgées le plus près possible de leur ancien lieu d'habitation. Nous avons souhaité prendre un exemple concret de philosophie institutionnelle pour préciser cette mission. L'éthique du home F., est de « *préserver l'identité de la personne âgée, particulièrement par l'encouragement de son autonomie et de sa responsabilité à l'égard d'elle-même, par l'écoute de ses besoins psychiques, physiologiques, spirituels et intellectuels, ainsi que par le respect de ses habitudes de vie et par l'aménagement de son environnement.* »<sup>76</sup>

Nous estimons que cela ne peut être réalisable seulement si tous les services travaillent ensemble dans cette même optique, en plaçant au centre de leurs préoccupations le résident et son bien-être. En regard de cette philosophie institutionnelle, nous estimons que plusieurs pistes de collaboration entre les soins et l'animation peuvent être envisagées. En voici quelques-unes :

Deux animatrices ont relevé l'importance de travailler dans les soins avant d'entrer dans le monde de l'animation, ce qu'elles ont fait. Cela leur a permis de mieux connaître intimement les résident-e-s, de prendre en compte leurs difficultés physiques pour mieux les accompagner dans leurs loisirs. Serait-ce là une des solutions ? Encourager des assistantes en soins, si elles le désirent, à effectuer des jours de stage en animation, et à des animateurs-trices de participer aux soins journaliers ? Nous ne pensons pas que cela va permettre aux unes ou aux autres de mieux pratiquer leur métier, mais tout simplement de mieux "se comprendre" et pour certain-e-s professionnel-le-s, de clarifier les rôles et fonctions de chacun-e.

Une autre réponse résiderait dans l'échange d'informations. Une assistante en soins estimait à ce propos qu'il serait utile aux deux services cités de partager des expériences ou des connaissances sur certaines situations, voire sur les résident-e-s eux-mêmes. Cela pourrait également faciliter la compréhension mutuelle, tout en adoptant une attitude plus appropriée à l'état de santé de la personne. Si, à titre d'exemple, un-e résident-e a eu de la peine à se lever, qu'il ou elle est de mauvaise humeur, et que les animateurs-trices en ont connaissance, ils-elles n'insisteront pas autant que d'habitude pour la-le faire venir en atelier. L'échange d'informations en général est à notre avis indispensable, ne serait-ce que pour garantir la santé du-de la résident-e lors des sorties (médicaments à prendre, etc...) ou lors des activités habituelles dans le home (restriction de boissons,...). Cet échange serait possible en se gardant de ne pas enfreindre la protection des données sur la santé des résident-e-s, en vigueur dans la plupart des EMS valaisans.

Afin de faire aboutir notre enquête, nous allons maintenant revenir sur certains points soulevés dans le chapitre des résultats, avant de vérifier les hypothèses posées initialement ainsi que les objectifs y liés.

---

<sup>76</sup> Informations recueillies auprès du directeur du home dans lequel nous avons effectué nos entretiens avec les assistantes en soins.

## CONCLUSION

### *Retour aux questions des chapitres précédents*

Un terme apparu fréquemment lors des entretiens est celui de « démence ». Cette atteinte psychologique touche en effet de plus en plus de personnes âgées en EMS. Nous souhaitons maintenant revenir sur cette problématique pour en dégager les enjeux et apporter quelques pistes de compréhension pour les professionnel-le-s de l'animation et des soins.

### *La démence ou la douleur invisible*

Nous avons vu dans le premier chapitre que les personnes qui entraient en EMS présentaient de plus en plus de troubles cognitifs ou dits "de la mémoire". Nous nous sommes alors demandé si ces personnes souffraient réellement de leur état puisqu'elles oubliaient tout ce qui était récent. Une autre animatrice nous a assuré que ces personnes atteintes de démence éprouvaient de la douleur, tout autant que les autres, car elles étaient tout à fait conscientes d'être perdues, désorientées. Ces personnes ne savent toutefois pas pourquoi elles en sont arrivées là, ni comment s'en sortir. Dans ce genre de cas, "l'ignorance" peut également être une forme de souffrance. Cette animatrice a ajouté que ce n'était « *pas pour rien que ces personnes (étaient) atteintes d'Alzheimer ou autre...* » et que c'était « *sûrement dû à des émotions refoulées dans le passé* ». Elles auraient tellement enfoui leurs rancunes ou leurs peurs que ces dernières se sont cachées pendant des années et qu'il est très difficile aujourd'hui de les faire sortir. Les chercheurs qui se sont penchés sur les causes de ce syndrome ne relèvent rien de précis qui pourrait faire penser à cette théorie<sup>77</sup>, mais ne rejettent pas non plus une telle explication.

Quant à l'attitude à adopter, nous ne pensons pas qu'il faille changer notre façon d'accompagner chaque personne selon le trouble dont elle est atteinte ; du moins pas au premier contact. Cela demanderait trop d'efforts d'adaptation et nous ne saurions même pas si c'est efficace. Par contre, si certain-e-s résident-e-s demandent une attention particulière (tendances à fuguer ou perte de la concentration), il s'agit de se montrer plus vigilant-e qu'envers d'autres pensionnaires.

Une des solutions pour faire face aux formes de démence dans les soins et dans l'animation nous a été donnée par une assistante en soins : pour elle, passer le relais à une collègue, quand la situation lui échappait ou que « *les nerfs lâch(ai)ent* » lui est déjà arrivé plusieurs fois. C'est « *quand t'en as vraiment ras-le-bol, quand tu peux plus parce qu'ils te courent après, oui des fois tu les vois comme ça* (comme la personne du portrait n°3) », que ce "passage de témoin" est nécessaire.

---

<sup>77</sup> Lors d'une recherche effectuée lors de notre stage en EMS sur la maladie d'Alzheimer, nous avons relevé que « Sa cause exacte est encore inconnue, mais on suppose que des facteurs [environnementaux](#) et [génétiques](#) y contribuent. » Référence : Wikipédia, l'encyclopédie libre. *Maladie d'Alzheimer* [En ligne] Adresse URL : [http://fr.wikipedia.org/wiki/Maladie\\_d'Alzheimer](http://fr.wikipedia.org/wiki/Maladie_d'Alzheimer). (Page consultée le 5 juin 2007). Voir dans annexes *Rapport Alzheimer*  
Séraphine Mettan, ASC, HES 04, PT

Une autre solution serait d'en parler avec des collègues et de voir quelles stratégies ces derniers-ères utilisent, quelles attitudes ils-elles adoptent face à ces résident-e-s : pour pouvoir s'en inspirer, ou tout simplement se décharger d'un poids.

Ce que l'on appelle les « rencontres interdisciplinaires » (rencontres entre les différents services d'un établissement) peuvent également apporter une aide. En effet, les animateurs-trices ou les infirmières ne portent pas le même regard sur tou-te-s les résident-e-s et ils-elles peuvent conseiller et apporter leur(s) expérience(s). Cependant, lors de ces rencontres, aucun débat sur l'état d'un-e résident-e n'est autorisé. Les animateurs-trices ne sont pas censées être au courant du dossier médical de la personne âgée (du moins dans certains homes), ce qui peut limiter les échanges.

Nous nous sommes également demandé si la notion de « projet(s) de vie » pouvait être prise en compte dans l'accompagnement des pensionnaires en EMS. Nous avons parlé de la précarité de la relation professionnelle avec la personne âgée, liée à la mort et aux démences. Les professionnel-le-s peuvent-ils-elles utiliser ce concept, ou doivent-ils-elles se contenter d'animer le quotidien et de prodiguer les soins habituels?

Nous estimons ici que les « projets de vie », au sens où ils sont généralement entendus dans les institutions pour jeunes délinquants ou dans les centres de réinsertion sociale ne peuvent être appliqués en EMS, pour les raisons citées ci-dessus. La notion de « projet », par contre, n'est pas à bannir. En effet, quel que soit l'état de santé du-de la résident-e, il est important de lui permettre d'avoir des motivations, des envies, des attentes. C'est ce qui lui donne l'impulsion pour se lever le matin et être content-e de le faire. Se faire porter des fleurs ou tricoter un pull pour un petit-fils, se rendre chez le coiffeur, planifier une rencontre avec une amie, etc... toutes ces actions sont autant de petits projets qui maintiennent un lien entre la personne et l'extérieur : la famille, les amis, mais aussi entre cette dernière et ses capacités. Ces projets montrent que les moyens mis en œuvre pour combler les besoins des résident-e-s répondent au but mis en avant par le concept de prise en charge des personnes âgées dans les EMS valaisans<sup>78</sup>.

A la question posée précédemment, « *peut-on s'accommoder de la mort ?* », nous souhaitons répondre ceci : non, on ne s'en accomode pas, ou très péniblement, car elle sera toujours difficile à accepter, mais elle devient commune, presque banale, lorsque l'on vit à ses côtés au quotidien. Elle fait partie intégrante de ce quotidien pour les professionnel-le-s des EMS. On peut s'y préparer, mais elle ne doit pas conditionner notre action. C'est une donnée de plus en plus présente, avec laquelle il faut compter.

---

<sup>78</sup> ETAT DU VALAIS, Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie. *Prise en charge des personnes âgées*. [En ligne] Adresse URL : <http://www.vs.ch/Navig/navig.asp?MenuID=11790&RefMenuID=0&RefServiceID=0> (Page consultée le 8 novembre 2007)



## *Vérification des hypothèses et objectifs de départ*

### Les hypothèses

*La proximité du corps dépendant caractérise la relation des professionnel-le-s avec les personnes âgées.*

Oui, mais pas de la même façon chez les assistantes en soins que chez les animateurs-trices, car la nature même de la relation est différente. Et la nature de cette relation est différente de par les besoins que sont amenés à combler les un-e-s et les autres.

*Le type d'activités (soins ou loisirs) modifie la représentation que se fait le-la professionnel-le de la personne âgée.*

A priori, nous ne voyons pas la personne âgée de la même façon si nous travaillons dans le domaine des soins ou en animation. Toutefois, les entretiens nous ont démontré que ce n'est pas le cas pour les professionnel-le-s interrogé-e-s. En effet, les représentations que se font professionnel-le-s des soins et de l'animation sont similaires. Ce serait plutôt le regard du-de la résidan-t-e sur le-la professionnel-le, et non l'inverse, qui changerait selon l'activité partagée

*La représentation du corps de la personne âgée change le rapport que le-la professionnel-le entretient avec elle.*

Non, du moins pas directement. C'est plutôt, d'après ce que nous avons retiré des entretiens, le rôle professionnel qui change le rapport au corps. Par contre leurs représentations de la vieillesse se superposent aux représentations sociales de la personne âgée (cf problématique, chapitre 3)

### Les objectifs

*Identifier les différences de perception(s) de la personne âgée entre ASC et ASSC*

Oui, nous avons pu réaliser cet objectif grâce aux différent-e-s professionnel-le-s des homes que nous avons interviewé-e-s. Chacun-e nous a exposé sa vision de la personne âgée et plus particulièrement des pensionnaires qu'ils-elles accompagnaient sur leur lieu de travail. Nous avons pu ainsi découvrir qu'animateurs-trices et assistantes en soins posaient globalement le même regard sur la vieillesse côtoyée dans leur quotidien, mais qu'ils et elles envisageaient différemment la relation de travail avec la personne âgée.

*Montrer que ces différences de représentations (sociales) ont changé au fur et à mesure de la relation de travail avec les résident-e-s.*

Nous estimons que les représentations initiales se sont modifiées mais nous ne pouvons le certifier pour tou-te-s les professionnel-le interrogé-e-s. En effet, si les assistantes en soins n'ont pas montré des signes évidents de changement de regard, les animateurs-trice eux-elles, ont pour la plupart souligné que leurs représentations initiales avaient évolué mais ceci reste discutable puisque les deux types de professionnel-le-s ont choisi les mêmes portraits.

En débutant ce travail, nous avons en tête plusieurs questions autour des représentations, qui exigeaient des réponses plus ou moins précises. Nous nous demandions si l'image des personnes âgées était modifiée par la relation qu'entretiennent résident-e-s et professionnel-le-s, par les activités partagées entre ces deux groupes de personnes. De même, nous nous interrogeons sur la nature de cette image et sa construction. Nous nous sommes ensuite intéressés aux diverses situations qui touchent les résident-e-s d'un EMS. Certain-e-s rencontrent des difficultés motrices, d'autres sont atteintes de démence, d'autres encore ont vu leur corps se modifier plus que d'autres, suite à une grave maladie, etc... Ces professionnel-le-s s'attendaient-ils-elles à découvrir cela en revêtant leur 'blouse de travail' ? Comment réagissent-ils-elles face à ces nouvelles données médicales et sociales ?

Toutes ces questions n'ont pas trouvé leur réponse, mais elles nous ont permis d'être ouverte et d'aborder ainsi de nombreux autres aspects liés à la vieillesse et institution, tels que : la mort et sa perception, la souffrance, les démences, le temps, le but de la relation professionnelle avec les personnes âgées, le corps et la proximité, l'intimité, etc... Nous avons touché à tous ces thèmes, en y associant une réflexion (personnelle ou référencée), en y apportant des éléments de compréhension, d'analyse. Nous n'avons toutefois pas perdu pour autant le fil rouge de notre enquête : les représentations de la vieillesse et la relation professionnel-le-usager-ère.

En résumé, voici ce que nous retenons de cette recherche :

Les professionnel-le-s interrogés pour cette étude ont dans leur globalité choisi les mêmes portraits. Nous avons donc montré que les animateurs-trices en psycho-gériatrie et les assistantes en soins formaient deux groupes homogènes. Les deux groupes se sont en effet conformés aux représentations sociales de la vieillesse, qui cantonnent la personne âgée à des rôles bien définis, tels que la grand-maman, le citoyen retraité, ou le "vieillard invalide"<sup>79</sup>. Le choix des deux groupes de professionnel-le-s relève par conséquent d'un discours de "sens commun", de "l'impression générale", même si certaines animatrices ont défendu le fait d'avoir changé le regard qu'elles portaient sur les résident-e-s, en les côtoyant au quotidien.

Nous nous demandons par conséquent si le fait de se cacher derrière la blouse blanche et le conformisme de l'acte thérapeutique, n'empêche pas de voir la personne telle qu'elle est, sans arrière-pensée, ni idéalisme. Est-ce que ces soignantes pensent aux personnes âgées en termes négatifs, tout en souhaitant en avoir une image positive ? Est-ce seulement leurs mécanismes de défense qui s'activent lorsqu'elles choisissent des portraits éloignés de leur quotidien ?

Pour y répondre, nous reprendrons une phrase de E. Schenevey Perroulaz dans son « Apprentissage de l'approche du corps de l'autre dans la formation en soins infirmiers »<sup>80</sup> : « *lorsque le corps choque, il devient un obstacle à la rencontre de l'autre.* » C'est sans doute ce pourquoi les assistantes en soins ont préféré modifier l'image qu'elles en avaient.

<sup>79</sup> HUMMEL, C. *Qu'en faut-il faire, Réflexions sur la construction sociale des troisième et quatrième âge*. In : Carnets de bord N°3. Genève, 2002. Pp 68-77.

<sup>80</sup> SCHENEVEY PERROULAZ, E. *L'apprentissage de l'approche du corps dans la formation en soins infirmiers*. Mémoire de maîtrise en sciences de l'éducation. 2002. pp. 85-87  
Séraphine Mettan, ASC, HES 04, PT

Ainsi, nous mettons en doute le fait qu'elles soient plus proches des pensionnaires que les animateurs-trices (voir *chapitre 4, « Résultats »*). Elles en ont l'impression, mais, objectivement, elles ne le sont pas puisqu'elles se protègent justement de cette proximité. Ce rapport au corps de l'autre est d'autant plus important que c'est le corps qui fait office de médiateur dans la relation soignant-e – soigné-e. C'est lui qui permet la rencontre, qui donne matière à réflexion, qui est la première "chose" que l'on voit d'une personne. Tandis que pour les animateurs-trices, c'est l'activité mise en place qui joue ce rôle de médiation. Le corps n'entre pas directement en ligne de compte. Il est présent bien sûr, mais ne prend pas la même signification que pour les assistantes en soins. Pour les premiers-ères, il est le moteur de l'action, un outil de travail si nous osons l'appeler ainsi ; pour les secondes, il reflète un état de santé, psychique ou physique, qu'il s'agit de traiter.

Nous avons vu dans le chapitre précédent que les animatrices avaient beaucoup moins de contacts avec les résident-e-s restant sur les étages, parce que trop faibles ou trop atteints dans leur santé psychique. Actuellement, dans plusieurs homes du Valais romand, se développe le concept d'animation individuelle. Cette animation vise à toucher ces personnes qui ne participent pas aux ateliers. Elle permet donc aux professionnel-le-s de l'animation d'avoir une autre relation avec les personnes âgées et, sans doute, de s'en faire une autre représentation. Elle leur permettrait aussi d'avoir un autre rapport au corps, plus étroit, avec la personne qu'ils-elles visitent.

Quant à l'impact du support, nous avons retenu que plusieurs personnes interrogées ont apprécié le fait d'avoir des images devant elles. Celles-ci les ont aidées à répondre aux questions en leur permettant de faire des liens entre le portrait et des expériences de travail partagées avec certains pensionnaires. Ce support visuel n'a toutefois pas permis d'aller au-delà des représentations liées au grand âge. Nous n'avons effectivement pas réussi à "percer l'écran" de la vision monolithique de la vieillesse, véhiculée par la société.

Les représentations du corps et de la personne âgée en général ne sont en réalité pas propres à une seule profession. Les pratiques et la relation professionnelle sont différentes, mais les représentations, pour cette étude du moins, sont quasi identiques chez les deux types de professionnel-le-s. Nos représentations nous conditionnent donc. Elles peuvent être modifiées par l'activité professionnelle, mais elles restent ancrées en nous si nous ne faisons pas un véritable travail de "désenracinement" de ces pensées, ce qui devrait d'ailleurs, nous en sommes persuadée, constituer le travail de tout professionnel-le "prisonnier" du sens commun.

Avant d'aller plus loin, nous tenons à mettre en évidence une difficulté que nous avons rencontrée lors de cette enquête. Notre défaut de chercheur a été le suivant : notre regard était pré-construit. Nous avons en effet estimé qu'avant de travailler avec les personnes âgées, les futur-e-s professionnel-le-s des homes se faisaient plutôt une image négative des personnes âgées. En commençant à travailler avec elles, cette image changerait et deviendrait positive. Notre erreur a été de ne pas envisager que leurs mécanismes de départ poussaient ces professionnel-le-s à idéaliser le-la résident-e d'un EMS et qu'ils-elles continuaient à le faire une fois la relation avec un pensionnaire engagée. Nous avons cependant pu l'envisager suite à l'analyse des entretiens.

Personnellement, si nous avions dû nous soumettre aux mêmes questions que les professionnel-le-s interviewé-e-s, nous aurions très probablement opéré le même choix qu'eux-elles. En tant qu'animatrice socioculturelle travaillant en EMS, nous avons effectivement tendance à idéaliser le-la résident-e qui participe aux ateliers d'animation. Peut-être était-ce pour nous protéger, comme certaines assistantes en soins, d'une image qui peut parfois nous dégoûter et nous empêcher de bien faire notre travail. Sans doute était-ce aussi parce que nous étions trop liée à nos anciennes représentations de la vieillesse, ou influencée par l'image de nos grands-parents.

Par conséquent, ce travail nous aura permis de poser un regard critique sur notre façon d'ordonner "notre réalité" et de mieux cerner les enjeux qui gravitent autour de la relation animateurs-trices-résident-e-s, ou assistantes en soins-résident-e-s. Cette "comparaison" entre deux façons d'entourer la personne âgée nous a aidée à apprécier autant le travail des soins que celui de l'animation. Les animateurs-trices interrogé-e-s nous ont fait découvrir leur domaine, leurs préoccupations et leur philosophie. Les assistantes en soins elles, nous ont fait part de leurs difficultés, de leur plaisir à aider les personnes âgées et du sentiment d'utilité qu'elles ressentaient en le faisant. Les entretiens ont été des moments très forts et riches en partage d'expériences et de confidences. Les personnes choisies ont parlé sincèrement de ce qu'elles vivaient au quotidien dans leur home, de ce qu'elles appréhendaient ou avaient appréhendé avant de travailler, de ce qu'elles aimaient partager avec les résident-e-s.

Cette recherche n'aura pas seulement donné des pistes de compréhension à notre problématique de départ, elle nous aura également ouverte sur d'autres questions, en lien avec cette problématique du vieillissement et de ses conséquences. Il nous a également aidée à nous positionner et à être toujours prêts à nous remettre en question, aussi bien personnellement que professionnellement. Et, en tant que professionnel-le-s du social, n'est ce pas notre credo que de toujours s'interroger sur nos pratiques ? Cela nous aide en effet à avancer, à justifier notre action, à lui donner du sens, tout comme à donner du sens à notre vie.

## **BIBLIOGRAPHIE**

### Ouvrages

BAILLIF, O. *Le peuple du bout du monde*. Genève : Les Editions Drozophile, 2003.

BOIS, J-P. *Histoire de la vieillesse*. Paris : Presses universitaires de France. Coll. Que sais—je ?, 1994.

BURNIER, M-F. BARRAS, V. *De l'Hospice au réseau santé, santé publique et systèmes hospitaliers valaisans, 19-20<sup>e</sup> siècles*. Sierre : Monographic. 2004.

DELOMEL, M-A. *La toilette dévoilée. Analyse d'une réalité et perspectives soignantes*. Paris : Ed. Seli Arslan, 1999

FERNANDEZ Y GONZALEZ, A. COGNALONS-NICOLET, M. *Les regards du vieillir*. Genève : Hôpitaux universitaires de Genève HUG, 2003.

GIANADDA, L. [et al.]. *Kees Van Dongen*. Martigny : Ed. Fondation Pierre Gianadda. 2002.

GUIMELLI, C. *La pensée sociale*. Ed. PUF. Coll. Que Sais-je ? 1999.

HOPFLINGER, F. HUGENTOBLE, V. *Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse, prévisions et scénarios pour le 21<sup>e</sup> siècle*. Observatoire suisse de la santé. Berne : Hans Huber Verlag. 2003.

KELLERHALS, J. WIDMER, E. *Familles en Suisse : les nouveaux liens*. Coll. Le Savoir suisse. Lausanne: Presses polytechniques et universitaires romandes, cop. 2005.

LAIREZ-SOSIEWICZ, N. *Vivre l'animation auprès des personnes âgées. Des outils pour mieux être*. Lyon : Coll. Chronique sociale. 1999.

LALIVE D'EPINAY, C. [et al.] *Vieillesse au fil du temps : une révolution tranquille*. Lausanne : Réalités sociales. 1999

SCHENEVEY PERROULAZ, E. *L'apprentissage de l'approche du corps dans la formation en soins infirmiers*. Mémoire de maîtrise en sciences de l'éducation. Genève, 2002.

SYLVAIN. *Travail de diplôme d'école de graphisme sur les images et mots liés à la vieillesse*. Neuchâtel. 2000.

VERCAUTEREN, R. BARRANGER, A. VERCAUTEREN, M.-C. *Animer une maison de retraite*. Ramonville Saint-Agne : Ed. Erès. Coll. Pratiques du champ social. 1995.

VERCAUTEREN, R. HERVY, B. *L'animation dans les établissements pour personnes âgées. Manuel des pratiques professionnelles*. Ramonville Saint-Agne : Ed. érès. Coll. Pratiques gérontologiques, 2002.

WHITFORD, F. *Otto Dix. 1891-1969*. Londres : Ed. Tate Gallery. 1992

### Articles de revues

ARBORIO, A-M. *Quand le « sale boulot » fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital*. Sciences sociales en santé, Vol. 13, n°3. Paris : septembre 1995.

COUDIN, G. BEAUFILS, B. *Les représentations relatives aux personnes âgées*. Actualité et dossier en santé publique n°21. Décembre 1997. Pp 12-14.

HENRARD, J.C. *Vieillessement et âge, âge et représentation de la vieillesse* In : *Actualité et dossier en santé publique*. N° 21. Décembre 1997.

HUMMEL, C. *Qu'en faut-il faire, Réflexions sur la construction sociale des troisième et quatrième âge*. In : *Carnets de bord* N°3. Genève, 2002. Pp 68-77.

INSTITUT VANIER DE LA FAMILLE. *Les aînés canadiens et leurs familles*. In : *Transition : Pour les familles, sur les familles*. Vol. 34, N°3. Automne 2004.

MEMBRADO, M. *Expériences de la vieillesse et confrontation au regard des autres*. In : *Actes du Colloque international, Les sciences sociales face au défi de la grande vieillesse*, Genève : Centre Interfacultaire de Gérontologie, N°1. 1999

### Sites internet

AVALEMS, Association Valaisanne des EMS. *Bienvenue sur le site de l'AVALEMS/WAP*. [En ligne] Adresse URL : <http://www.avalems.ch>. (Page consultée le 27 septembre 2007)

BAPTISTE, A. *Photolangage : présentation*. [En ligne] Adresse URL : [www.photolangage.com](http://www.photolangage.com) (Page consultée le 2 avril 2007)

Dictionnaire MediaDico. *Tous les dictionnaires, simplement*. [En ligne] Adresse URL : <http://dictionnaire.mediadico.com/traduction/dictionnaire.asp/definition/vieillesse/2006> (Page consultée le 3 janvier 2007)

EPSC, Ecole Service Soins Communautaires. *Nous contacter*. [En ligne] Adresse URL : <http://www.epscvs.ch/>. (Page consultée le 25 septembre 2007)

ESM, Ecole de Soins Morges. *L'ESM offre une formation pour l'obtention du Certificat Fédéral de Capacité d'assistante en soins et santé communautaire* [En ligne] Adresse URL : <http://www.esim.ch/>. (Page consultée le 25 septembre 2007)

ETAT DU VALAIS, Département de la santé, des affaires sociales et de l'énergie. *Prise en charge des personnes âgées*. [En ligne] Adresse URL : <http://www.vs.ch/Navig/navig.asp?MenuID=11790&RefMenuID=0&RefServiceID=0> (Page consultée le 8 novembre 2007)

FRANK, D. *Art and Design* [En ligne] Adresse URL : [www.danielfrank.com](http://www.danielfrank.com) (Page consultée le 3 mai 2007)